

GeKoZH-KOMPASS

Übersicht für Zürcher Gemeinden zur Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung

5. September 2022



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Haben Sie als Exekutive die Verantwortung für das Ressort Gesundheit übernommen? Sind Sie in der Abteilung Soziales neu im Bereich Alter oder Pflegeversorgung tätig? Wir freuen uns, dass Sie sich für diese Themen interessieren. In der GeKoZH können sich Gemeinden in der Gesundheits- und Alterspolitik engagieren, vom Erfahrungs- und Wissensaustausch zur Pflegeversorgung profitieren und gemeinsame Anliegen gegenüber anderen Akteuren stärken.

Der «GeKoZH-Kompass» entstand auf Wunsch vieler Zürcher Gemeinden. Er ist kein dickes Lehrbuch, sondern eine kompakte Orientierungshilfe zur Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung im Kanton Zürich. Erarbeitet haben den Kompass Fachpersonen aus der GeKoZH, unter Einbezug der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich und der leistungserbringenden Verbänden Curaviva ZH, Spitem ZH und Verein Zürcher Krankenhäuser.

Die erste Ausgabe wurde im Sommer 2022 finalisiert und der digitale GeKoZH-Kompass wird regelmässig mit neuen Zahlen, frischen Links oder wichtigen Erkenntnissen aktualisiert. Die aktuellste Version ist jeweils unter den [GeKoZH-Publikationen](#) aufgeschaltet. Auf www.geko-zh.ch finden Sie zudem weitere Informationen und können auch das GeKoZH-Mailing abonnieren. Ihre Reaktionen an info@geko-zh.ch sind jederzeit willkommen.

Danke für Ihr Interesse und viel Erfolg!

Herzliche Grüsse

Mark A. Wisskirchen

Präsident GeKoZH

Inhalt

Kapitel 1: Einblick und Übersicht	3
1.1. Facts & Figures	4
1.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen	6
1.3. Das Gesundheitswesen	7
1.4. Stakeholder und Akteure	9
1.5. Herausforderungen und Trends	10
Kapitel 2: Gesundheitsversorgung	11
2.1. Facts & Figures	12
2.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen	13
2.3. Aufgaben der Gemeinden	13
2.4. Kosten und Finanzierung	15
2.5. Herausforderungen und Trends	17
Kapitel 3: Pflegeversorgung	21
3.1. Facts & Figures	22
3.2. Gesetzesgrundlagen	23
3.3. Aufgaben der Gemeinden	24
3.4. Kosten und Finanzierung	27
3.5. Herausforderungen und Trends	30
3.6. Handlungsspielraum der Gemeinden	31
Kapitel 4: Leben im Alter	36
4.1. Facts & Figures	37
4.2. Gesetzesgrundlagen	39
4.3. Aufgaben der Gemeinden	40
4.4. Herausforderungen und Trends	42
Anhang: Glossar	47



KAPITEL 1: EINBLICK UND ÜBERSICHT

Dieses Kapitel gibt einen Einblick in die wichtigsten Gesundheitsthemen und bietet eine Übersicht über das komplexe Schweizer Gesundheitswesen. Im Kanton Zürich kann man das Gesundheitswesen grob in die Gesundheitsversorgung (Kapitel 2) und die Pflegeversorgung (Kapitel 3) unterteilen. Die grössten Herausforderungen des Systems sind die steigenden Kosten und der drohende Fachkräftemangel. Diese sind zu einem grossen Teil auf die wachsende ältere Bevölkerung zurückzuführen, weil alte Menschen am meisten auf Gesundheits- und Pflegeleistungen angewiesen sind. Deshalb spielt Alterspolitik eine zunehmend wichtige Rolle (Kapitel 4).

Inhalt

1.1. Facts & Figures.....	4
1.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen.....	6
1.3. Das Gesundheitswesen.....	7
1.4. Stakeholder und Akteure.....	9
1.5. Herausforderungen und Trends.....	10
Anhang: Glossar	44



1.1. Facts & Figures

Das Bundesamt für Gesundheit ([BAG](#)) schützt die öffentliche Gesundheit, entwickelt die Schweizer Gesundheitspolitik und sorgt für ein leistungsfähiges, bezahlbares Gesundheitssystem. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ([Obsan](#)) analysiert Gesundheitsdaten und publiziert unabhängige Berichte zum Gesundheitssystem.

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich ([GD](#)) sorgt für die Gesundheit der Bevölkerung und übernimmt zahlreiche zentrale Aufgaben wie z.B. die Spitalversorgung, Berufs-, Zulassungs- und Betriebsbewilligungen, den kantonsärztlichen Dienst, die Heilmittelkontrolle.

Die Zürcher Gemeinden übernehmen viele Aufgaben, um Gesundheit und Wohlbefinden ihrer EinwohnerInnen zu sichern, insbesondere die Pflegeversorgung. Über die [GeKoZH](#) können sich Gemeinden spezifisch zum Thema Gesundheits-, Alters und Pflegeversorgung vernetzen. Analog gibt es die [SoKo](#) (Sozialkonferenz Kanton Zürich), die Dachorganisation aller für das Sozialwesen zuständigen Behörden der Zürcher Gemeinden.

Politisch wichtig ist der [GPV](#) (Verband der Gemeindepräsidenten Kanton Zürich), der verschiedene Interessen der Gemeinden bündelt und sie gegenüber Kanton, Bund und anderen Interessengruppen vertritt. Der [vzgv](#) (Verein Züricher Gemeinbeschreiber und Verwaltungsfachleute) übernimmt eine Informations- und Koordinationsrolle.

★ Widmer & Siegenthaler (2019): Durchblick im Gesundheitswesen, Handbuch für Öffentlichkeit und Politik (ca. 60 Seiten).

Über Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Die meisten Menschen sind irgendwo zwischen vollständiger Gesundheit und absoluter Krankheit.

Übertragbare Krankheiten

Übertragbare Krankheiten gefährden die öffentliche Gesundheit und deshalb sind viele dieser Krankheiten [meldepflichtig](#). So können übertragbare Krankheiten frühzeitig erkannt werden, um zeitgerecht Massnahmen betreffend Dynamik

des epidemiologischen Geschehens zu ergreifen. Das Epidemien-gesetz ([EpG](#)) ermöglicht eine frühzeitige Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und regelt die Arbeitsteilung zwischen Bund und Kantonen.

Covid-19 Pandemie: Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich ist subsidiär zum Bund zuständig für die erforderlichen Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung. Die aktuellsten und wichtigsten Informationen sind [online](#).

Nichtübertragbare Krankheiten

Die hohe Lebenserwartung in der Schweiz verdanken wir dem hohen Lebensstandard und der Tatsache, dass nichtübertragbare Krankheiten überwiegen: Heute hat ein Viertel der Schweizer Bevölkerung eine Krankheit wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Leiden der Atemwege, muskuloskeletale Krankheiten. Diese Krankheiten dauern meist über mehrere Jahre (chronische Krankheit) und verursachen rund 80 % der direkten Gesundheitskosten. ➔ [Nichtübertragbare Krankheiten](#)

Psychische Krankheiten

In der Schweiz ist im Laufe eines Jahres fast ein Drittel der Bevölkerung von einer psychischen Krankheit betroffen, z.B. Suchtkrankheit, Burn-Out, Essstörungen, Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen. Psychische Krankheiten beeinträchtigen viele Lebensbereiche, (z.B. Sozialleben, Bildung, Arbeit). Obwohl psychische Krankheiten häufig sind, verursachen sie vergleichsweise geringe Gesundheitskosten. Hingegen sind psychische Krankheiten heute die häufigste Ursache für eine IV-Rente, deutlich höher sind deshalb die ➔ [indirekten Gesundheitskosten](#) von geschätzt 7 Milliarden Franken.

Viele Faktoren beeinflussen die Gesundheit

[Gesundheitsdeterminanten](#) beeinflussen, wie gesund oder krank jemand ist:

0. Unveränderbare Determinanten sind Alter, Geschlecht, Erbanlagen;
1. individuelles Verhalten und Lebensstil wie z.B. Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum, Risikoverhalten, Gesundheitskompetenzen;
2. soziale Umwelt wie z.B. soziale Unterstützung, Integration, Netzwerke;

3. Lebens- und Arbeitsbedingungen, z.B. sozialer Status, Arbeit, Bildung, Einkommen, Wohnen, Gesundheitsversorgung, Umwelteinflüsse;
4. allgemeine Bedingungen wie z.B. Kultur, Wirtschaft, Sicherheit.

Hauptdeterminanten der Gesundheit



Darstellung in Anlehnung an Dahlgren & Whitehead, von [Quintessenz](#)

Beispiel: Auch ansteckende Krankheiten wie z.B. Covid-19 können anhand dieser Determinanten besser verstanden werden:

- Das grösste Risiko, bei einer Infektion akut zu erkranken, tragen alte Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Menschen mit Behinderungen.
- Weitere Faktoren erhöhen das Risiko einer Infektion, z.B. Beruf (Arbeit im Homeoffice nicht möglich), Wohnen (Isolation in kleiner Wohnung schwierig), Gesundheitsverhalten (z.B. Einhalten von Massnahmen).
- Weitere Faktoren beeinflussen, wie man die Situation (z.B. Lockdown) handhaben kann und wie sich das auf die Gesundheit auswirkt (z.B. psychische Gesundheit, häusliche Gewalt).

Nicht nur das Gesundheitswesen, sondern alle gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflussen die Gesundheit einer Bevölkerung. Der Miteinbezug der relevanten Politikbereiche, («health in all policies»), ganzheitliche Strategien und eine multisektorale Zusammenarbeit sind deshalb besonders wirkungsvoll (z.B. verschiedene Ressorts, überkommunale Ebene).

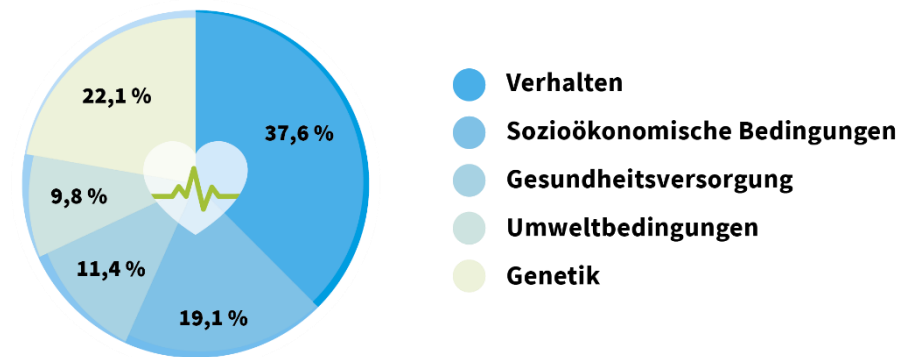
Die Bedeutung des Gesundheitswesens

Die Schweizer Bevölkerung ist mit dem Gesundheitswesen sehr zufrieden und fast 12 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) werden in das Gesundheitswesen investiert (beides deutlich über dem [OECD Durchschnitt](#)).

Studien (z.B. von [economiesuisse](#)) berechnen die Relevanz der Gesundheitsdeterminanten für die Gesundheit einer Bevölkerung: An vorderster Stelle steht das individuelle Verhalten (37,5 %), gefolgt von den unveränderbaren Determinanten (22,1 %), den sozio-ökonomischen Bedingungen (19,1 %), der Gesundheitsversorgung (11,4 %), den Umweltbedingungen (9,8 %).

Das individuelle Verhalten als wichtigster Gesundheitsfaktor ist geprägt von Gewohnheiten, Lebensumständen und Umfeld. Ohne eine Veränderung dieser Verhältnisse ist eine nachhaltige Verhaltensänderung meist schwierig.

Einfluss verschiedene Determinanten auf die Gesundheit



Darstellung in Anlehnung an [economiesuisse](#)

Gesundheit der Bevölkerung im Kanton Zürich

Die zuverlässigsten Informationen zur Bevölkerungsgesundheit stammen von Geburten und Todesfällen. Damit wird die Lebenserwartung berechnet, ein international vergleichbarer Gesundheitsindikator. Die Lebenserwartung in der Schweiz ist weltweit unter den höchsten. Durchschnittlich leben Zürcher Frauen bis 85,3 Jahre und leben Zürcher Männer bis 82 Jahre. Die häufigsten Todesursachen sind nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebserkrankungen. ➔ [Epidemiologie](#)

Wenn in einer Bevölkerung z.B. ein hoher Anteil an alten Menschen lebt, steigt auch der Anteil an kranken und pflegebedürftigen Menschen. Im Durchschnitt hängt ein höherer Bildungsabschluss mit besserer Gesundheit und Erwerbslosigkeit mit schlechterer Gesundheit zusammen.

★ Das [Gemeindeportrait des Statistischen Amtes Kanton Zürich](#): Hier lassen sich Daten/Karten für Gemeinde, Bezirk, Region, Kanton zusammenstellen.

★ [Gesundheitsberichte Kanton Zürich](#), aktuellster Bericht und Factsheet aus 2020, basierend auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017.

Selbstbeurteilte Gesundheit und Lebensqualität (Kt. ZH, Daten 2017)

Die meisten ZürcherInnen beurteilen ihre Gesundheit (86 %) oder ihre Lebensqualität (94 %) als gut oder sehr gut. Klar sichtbar werden hier Unterschiede:

- Alter: 25 % der über 65-Jährigen und 6,5 % der unter 25-Jährigen beurteilen ihre eigene Gesundheit als schlecht.
- Bildung: 28 % der weniger Gebildeten und 10 % der hoch Gebildeten beurteilen ihre eigene Gesundheit als schlecht.
- Erwerbstätigkeit (Alter 25-64-J.): 9,5 % der Erwerbstätigen und 31 % der nicht Erwerbstätigen beurteilen ihre eigene Gesundheit als schlecht.

Gesundheitsverhalten und Lebensstil (Kt. ZH, Daten 2017)

Im Kanton Zürich hat fast ein Viertel der Bevölkerung einen ungesunden Lebensstil und dabei sind folgende Unterschiede zu beobachten:

- Männer leben ungesünder als Frauen (27,5 % vs. 19,7 %)
- nicht Erwerbstätige leben ungesünder als Erwerbstätige (36,3 % vs. 22,4 %).

Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Kt. ZH, Daten 2017)

Vergleichsweise mehr alte Menschen berichten über Spitalaufenthalte (20 %), Arztkonsultationen (37 %) und Medikamentenkonsum (62 %) als jüngere Menschen. Die Gesundheitsdienstleistungen beanspruchen am häufigsten PatientInnen mit ➔ [nichtübertragbaren Krankheiten](#).

★ [Taschenstatistik Gesundheit vom Bundesamt für Statistik](#) wird jährlich aktualisiert.

Das Alter beeinflusst die Inanspruchnahme

Mit zunehmendem Alter können Krankheiten zunehmen und gleichzeitig auftreten. Entsprechend häufiger beanspruchen alte Menschen mehr Gesundheitsleistungen. Auch die körperlichen und geistigen Fähigkeiten nehmen im Alter häufig ab und es können Einschränkungen im Alltagsleben auftreten. Deshalb steigt mit zunehmendem Alter auch der Betreuungs- und Pflegebedarf (vgl. [Kapitel 4](#)).

★ Obsan Berichte zu [Gesundheit im Alter](#)

1.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Schweizer Gesundheitswesen sind föderalistisch auf Bund, Kantone und Gemeinden aufgeteilt. Die wichtigsten Vorgaben zur Gesundheit sind in der Bundesverfassung geregelt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist für [mehr als 20 Gesetze und zahlreiche Verordnungen](#) zuständig, eine Kernaufgabe ist die Gesetzgebung der sozialen Kranken- und Unfallversicherung. Die wichtigsten Gesetzesgrundlagen werden in Kapitel 2 ([§ 2.2.](#)) und Kapitel 3 ([§ 3.2.](#)) aufgeführt.

Gemäss Bundesverfassung setzen sich Bund und Kantone dafür ein, dass jede Person auch gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Krankheit und Unfall gesichert ist. Es gibt kein nationales Gesundheitsgesetz, die wichtigste Rechtsgrundlage ist das [Bundesgesetz über die Krankenversicherung](#) (KVG). Das KVG dient dazu, die Bevölkerung im Krankheitsfall finanziell abzusichern und regelt zahlreiche Bereiche im Gesundheitswesen. Gemäss KVG müssen alle in der Schweiz wohnhaften Personen einer Krankenkasse angehören.

Mit der zugehörigen [Verordnung über die Krankenversicherung \(KVV\)](#) setzt der Bundesrat den Vollzug fest, das Eidgenössische Departement des Innern erlässt die [Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#) und für die Aufsicht zuständig ist das Bundesamt für Gesundheit.

Der Bund delegiert das meiste an die Kantone

Für die Gesundheits- und Pflegeversorgung ist der Bund nicht direkt verantwortlich, nur einzelne Aspekte sind gesetzlich auf nationaler Ebene geregelt. Alles Weitere delegiert der Bund an die Kantone und jeder Kanton hat eine eigene Gesetzgebung.

Die Kantone sind zuständig für Zulassung und Aufsicht ambulanter Leistungserbringer (z.B. niedergelassene ÄrztInnen) und sichern die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Während alle Kantone für die Gesundheitsversorgung (d.h. Spitäler) zuständig sind, haben viele die Pflegeversorgung zumindest teilweise an die Gemeinden delegiert. Auch im Kanton Zürich ist sie fast vollständig an die Gemeinden übertragen ([§ Kapitel 3](#)).

Patientenrechte beinhalten Themen wie

- Recht auf Aufklärung (z.B. Gesundheitszustand, Behandlung, Kosten);
- freie Einwilligung nach Aufklärung für/gegen Behandlung oder Pflege;

- Willensäusserung in einer Patientenverfügung;
- Wahrung Berufsgeheimnis, d.h., Fachpersonen ohne Einwilligung geben keine Informationen zu Gesundheit oder Behandlung weiter;
- Einsichtnahme in das Patientendossier jederzeit möglich;
- grundsätzlich freie Wahl der Gesundheitsfachperson oder Einrichtung;
- das Recht auf Beistand und Beratung (z.B. durch Angehörige, Externe).

Die Gesundheitsdirektion hat für SpitalpatientInnen die wichtigsten Punkte zusammengefasst ([Broschüre](#)). Ähnliches gilt für alle anderen PatientInnen. Patientenorganisationen (z.B. [SPO](#)) unterstützen PatientInnen bei Bedarf.

1.3. Das Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist die Gesamtheit der Einrichtungen und Massnahmen, um die Gesundheit einzelner Menschen und der gesamten Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen sowie Krankheiten vorzubeugen. Das Schweizer Gesundheitswesen ist sehr komplex mit 26 Kantonen, 50 Versicherungen, verschiedenen Systemen, mehreren Tarifen und zahlreichen Leistungserbringern sowie unterschiedlichen Interessen.

Wichtigster Grundsatz ist, dass alle in der Schweiz wohnhaften Personen sich gegen Krankheit und Unfall versichern müssen, d.h., sie müssen eine Krankenpflegeversicherung (inkl./exkl. Unfallversicherung) abschliessen. Für die Krankenversicherer gilt für die Grundversicherung der Aufnahmezwang.

★ Der Gesundheitswegweiser Schweiz bietet einen raschen Einblick. Publiziert vom BAG und SRK, in mehreren Sprachen [hier](#) erhältlich.

Die obligatorische Grundversicherung gegen Krankheit und Unfall

Es gibt über 50 Krankenkassen und sie alle bieten die obligatorische Krankenpflegeversicherung an (d.h. OKP oder Grundversicherung), die identische Leistungen beinhaltet und eine gute Versorgung bietet. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) sind die OKP-Leistungen festgelegt, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden:

- Bei Krankheit, Unfall, Mutterschaft: ambulante medizinische Behandlung durch niedergelassene ÄrztInnen und stationäre Versorgung in einem Spital aus der kantonalen Spitalliste.

- Bei Pflegebedürftigkeit: ambulante Pflege zu Hause durch Spitex oder Pflegefachpersonen und stationäre Pflege in einem Alters- oder Pflegeheim aus der kantonalen Heimliste.

Weitere über OKP vergütete Leistungen sind z.B. ärztlich verordnete Medikamente, Notfallbehandlungen, Beiträge an Rettungs-/Transportkosten, Rehabilitation und paramedizinische Therapien, Vorsorgeuntersuchungen. Es gibt auch Leistungen, die von der OKP ausgeschlossen sind ([Kapitel 2](#)).

WZW-Kriterien – wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich

Damit eine Therapie von der OKP finanziert wird (sogenannte Pflichtleistung), muss sie die WZW-Kriterien erfüllen (KVG Art 32 Abs 1). Neue und auch etablierte medizinische Methoden und Technologien werden vom BAG systematisch bezüglich der WZW-Kriterien bewertet ([HTA](#)). Die Ärzteschaft hat mit «[smartere medicine](#)» eine Kampagne lanciert, die Über- und Fehlbehandlungen in der Medizin reduzieren soll.

Somit ist das Schweizer Gesundheitssystem solidarisch finanziert:

- durch die OKP, d.h. Gesunde beteiligen sich an Krankheitskosten;
- durch die Steuern, d.h. Einkommensstarke bezahlen mehr.

Kosten und Finanzierung der Gesundheits- und Pflegeversorgung

Jedes Jahr steigen die Kosten für das Gesundheitswesen: Im 2000 waren es 43 Mia. Fr., 2010 waren es 62 Mia. Fr. und 2020 waren es 83 Mia. Fr. Im Spitalsektor fallen die höchsten Kosten an (ca. 16 Mia. Fr.), Medikamente/therapeutische Apparaturen (ca. 13 Mia. Fr.), Alters-/Pflegeheime (ca. 10 Mia. Fr.).

Die rund 83 Mia. Fr. stammen aus diversen Quellen: 50 Mia. Fr. von Privathaushalten (davon 26 Mia. Fr. über Krankenkassenprämien und 18 Mia. Fr. als direkte Patientenbeteiligung) und rund 20 Mia. Fr. aus den Kantonen.

★ Eine [interaktive Zusammenstellung](#) zeigt die komplexen Finanzierungsströme im Schweizer Gesundheitssystem auf.

Monatliche Gesundheitsausgaben pro Person und Monat

2020 wurden im Durchschnitt monatlich 804 Franken pro Person für die Gesundheit ausgegeben. Diese Kosten wurden folgendermassen gedeckt:

- 305 Fr. direkt durch die OKP;
- 175 Fr. von der öffentlichen Hand;

- 174 Fr. von Person selbst («out of pocket»), zusätzlich zu Versicherungsprämie und Steuern.
- weitere: 52 Fr. durch Zusatzversicherungen, 51 Fr. durch Sozialversicherungen (AHV, IV, Unfallversicherung), 47 Fr. Diverse.

Für den Kanton Zürich können die Gesundheitsausgaben auf 15 Mia. Fr. geschätzt werden.

Krankenkassenprämien und individuelle Prämienverbilligungen

In der Schweiz wohnhafte Personen müssen eine Krankenversicherung abschliessen, die monatlich pro Person rund 300 Franken kostet (einkommensunabhängig). Damit finanzieren die Versicherten rund ein Drittel der Gesundheitskosten direkt über die Prämien. Wenn die Gesundheitskosten steigen, werden die Prämien erhöht. Um die Prämienlast abzufedern, erhalten im Kanton Zürich über 430 000 Personen einen finanziellen Beitrag an die Prämie für die obligatorische Krankenversicherung. Das sind 28 % der Versicherten, sie erhalten IPV im Wert von 875 Mio. Fr. und durchschnittlich rund 2000 Fr. pro Person. ➔ [Individuelle Prämienverbilligungen \(IPV\)](#)

Trotzdem gibt es Haushalte, die ihre Prämien nicht bezahlen und in einzelnen Kantonen erhalten säumige PrämienzahlerInnen nur medizinische Notfallhilfe. Im Kanton Zürich gibt es keine ➔ [schwarze Liste](#).

Patientenbeteiligungen

Im Falle einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird zusätzlich eine Patientenbeteiligung fällig (z.B. Selbstbehalt Franchise, Anteil Behandlungskosten). Diese Zusatzkosten sind im europäischen Vergleich hoch und für PatientInnen mit tiefen Einkommen können sie eine Hürde bedeuten. ➔ [Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung](#)

Menschen ohne Krankenversicherung

Basierend auf der Bundesverfassung haben alle Menschen, auch jene ohne Krankenversicherung, das Recht auf eine grundlegende medizinische Versorgung, wenn sie diese benötigen. ➔ [Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers](#)

Das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber

Die Gesundheitsausgaben belaufen sich jährlich auf rund 83 Mia. Fr. – ein enorm grosser Umsatz. Das Gesundheitswesen mit Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, ÄrztInnen, TherapeutInnen etc. beschäftigt als Branche mit fast 0,5 Mio. Vollzeit-Arbeitsplätzen am meisten Personen in der Schweiz.

Beispielsweise sind Spitäler ein regionaler Wirtschaftsfaktor, weil das regionale Gewerbe profitiert und Arbeitsplätze gesichert sind. Die Zürcher Spitäler beschäftigen rund 33 000 Personen und bieten zahlreiche Ausbildungsplätze für Gesundheitsberufe. Zudem sind sie auch wichtige Akteurinnen des regionalen Life-Sciences Forschungsplatzes.

☆ [Studie](#) im Auftrag des VZK zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Spitäler im Kanton Zürich

Das Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Im Kanton Zürich ist der Kanton allgemein verantwortlich für das [Gesundheitswesen](#) und insbesondere für die [Spitalversorgung](#) (📖 Kapitel 2). Die Gemeinden sind hauptverantwortlich für die [Pflegeversorgung](#) (📖 Kapitel 3). Die Versorgungssysteme bestehen aus vielen Leistungserbringern, die unterschiedlich organisiert sind und mit verschiedenen Tarifen funktionieren. Gute Schnittstellen zwischen den Systemen und Leistungserbringern sind für eine optimale Behandlung und Pflege der PatientInnen unerlässlich. Zudem gibt es intermediäre Angebote, wie z.B. Tages- oder Nachtangebote.

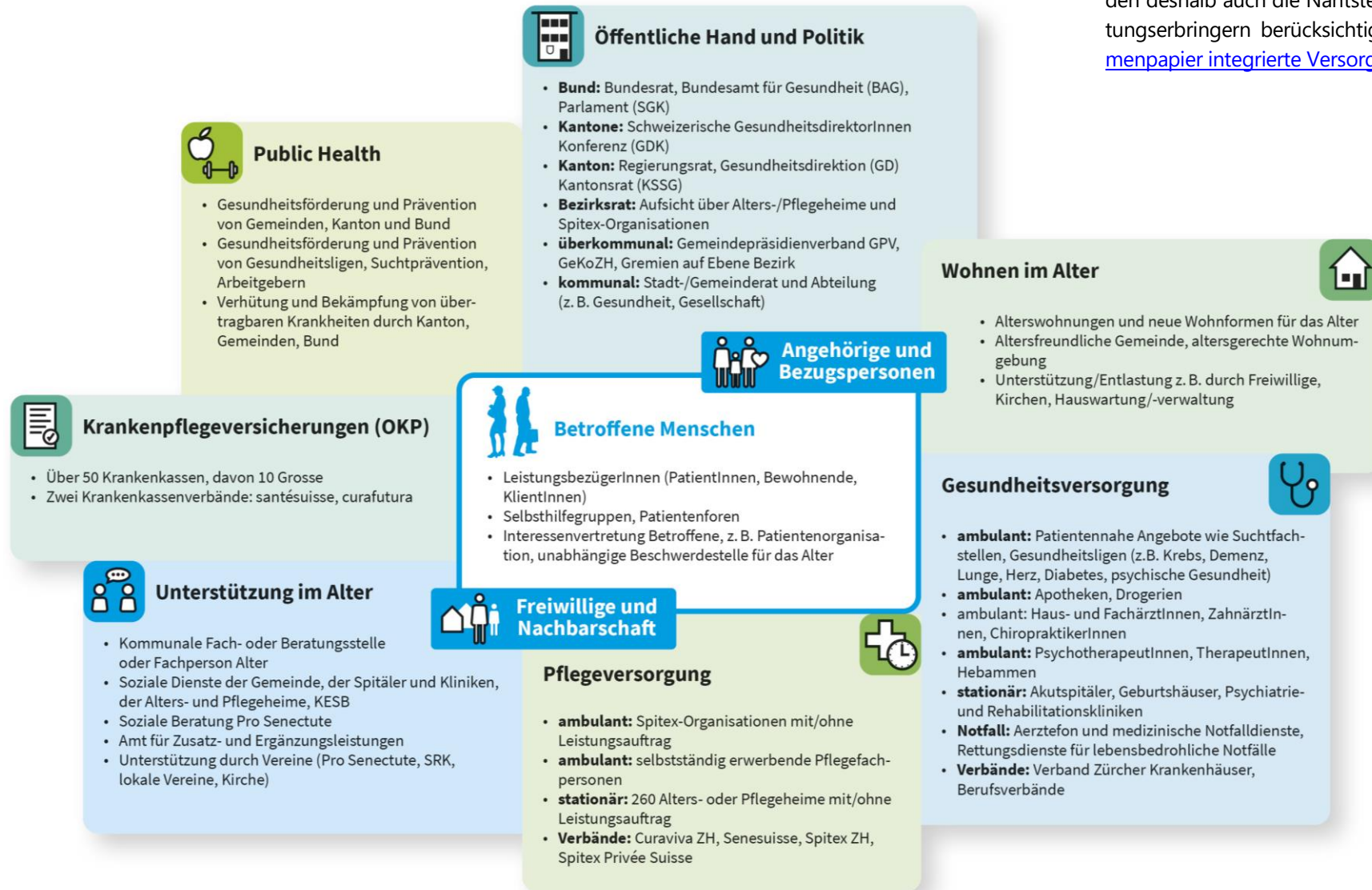
Tabelle: [Gesundheitswesen im Kanton Zürich](#)

	Gesundheitsversorgung	Pflegeversorgung
ambulant	Apotheken; Haus- und FachärztInnen; Paramedizinische Leistungserbringer; Spitalambulatorien	Spitex-Organisationen Selbstständige Pflegefachpersonen
stationär	Spitäler (Akutspital, Psychiatrieklinik, Rehabilitationsklinik, Geburtshaus)	Alters- und Pflegeheime

1.4. Stakeholder und Akteure

Eine gute Zusammenarbeit und Koordination dieser Akteure ist wichtig

In ihrem Versorgungskonzept sollen die Gemeinden deshalb auch die Nahtstellen zwischen Leistungserbringern berücksichtigen ([GeKoZH Themenpapier integrierte Versorgung](#)).



1.5. Herausforderungen und Trends

Der Bundesrat hat in der Strategie [Gesundheit 2030](#) die wichtigsten Herausforderungen benannt und Ziele und Massnahmen formuliert. Zudem gibt es zahlreiche Akteure, die verschiedene und teils divergierende Interessen vertreten.

Wichtigste Herausforderungen bezüglich Krankheit und Gesundheit

Demographische Entwicklung, Alterung der Bevölkerung

Die Menschen in der Schweiz haben eine hohe Lebenserwartung und die meisten sind in den letzten Lebensjahren auf Behandlung, Pflege und Betreuung angewiesen. Da sowohl Anzahl und Anteil der alten Menschen in der Schweiz in den nächsten Jahren weiter wächst, muss sich die Gesellschaft und insbesondere die Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung entsprechend vorbereiten.

Nichtübertragbare Krankheiten, geringe Investitionen in Prävention

Ungefähr jede vierte Person in der Schweiz hat eine nichtübertragbare Krankheit, die länger andauern kann. Solche Krankheiten verursachen rund 80 % der direkten Gesundheitskosten. Ein grosser Teil der Krankheitsleistungen der nicht übertragbaren Krankheiten gilt als vermeidbar → [Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung](#)

Gesundheitliche Ungleichheiten

In der Schweiz werden sozial benachteiligte Menschen (z.B. mit tiefem Einkommen, wenig Bildung) eher krank und leben weniger lang. Das hat [verschiedene Gründe](#) (z.B. Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Lebensstil), insbesondere de → [chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung](#).

Wichtigste Herausforderungen bezüglich System

☆ [Durchblick im Gesundheitswesen, Handbuch](#) für Öffentlichkeit und Politik

Steigende Kosten

Das Schweizer Gesundheitswesen bietet den PatientInnen sehr viel, z.B. gibt es kaum Wartezeiten oder Zugangshürden. Entsprechend zufrieden ist die Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen. Hingegen verursacht das System hohe Kosten für Prämien- und SteuerzahlerInnen. Die Schweizer Gesundheits- und Pflegeversorgung gehört zu den teuersten weltweit und die Kosten steigen jährlich. Der Bundesrat hat [Kostendämpfungsmassnahmen](#) ausgearbeitet, um Prämien-

und Steuerzahlende zu entlasten. Diese Massnahmen werden in zwei Paketen im Parlament debattiert und beschlossen.

steigende Krankenkassenprämien

Die finanzielle Last der Krankenkassenprämien steigt, weil die Prämien stärker gestiegen sind als die Einkommen und die Prämienverbilligungen. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Haushaltsausgaben für Prämien nicht über 8 % des verfügbaren Einkommens steigen sollen. Diese Grenze wurde schon länger überschritten und mit weiteren Prämienanstiegen wird gerechnet. Dazu gibt es verschiedene politische Vorstösse, z.B. auf nationaler Ebene die [Prämien-Entlastungs-Initiative und der indirekte Gegenvorschlag](#).

Drohender Fachkräftemangel

Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt der Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf der Bevölkerung, gleichzeitig verlassen viele Fachkräfte aufgrund von Pensionierung oder vorzeitigem Berufsaustritt ihre Stelle. Besonders stark betroffen sind die Pflege und gewisse medizinische Fachrichtungen (z.B. Geriatrie, HausärztInnen).

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Die Versorgungsplanung soll allgemein zugängliche, ausreichende und qualitativ hochstehende Versorgung (Gesundheitsversorgung, Pflegeversorgung) sicherstellen. In der Schweiz wird die Versorgung teils über den Markt (d.h. Angebot und Nachfrage) und teils über Regulierung (z.B. Berufs-/Betriebsbewilligungen, Leistungsaufträge) gesteuert. Es gibt Hinweise auf eine kostentreibende → [Über- bzw. Fehlversorgung](#) in der Schweiz.

Fragmentiertes Versorgungssystem

Die Gesundheits- und Pflegeversorgung ist eine Mischung aus Staat und Markt und jeder Versorgungssektor wird durch verschiedene Tarifsysteme finanziert.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist entsprechend unübersichtlich und fragmentiert. Wegen fehlender (finanzieller) Anreize und weiterer Hürden (langsame Digitalisierung) ist eine sektorübergreifende Koordination zugunsten der PatientInnen und Mitarbeitenden weiterhin erschwert. → [Koordinierte oder integrierte Versorgung](#)



KAPITEL 2: GESUNDHEITSVERSORGUNG

Mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) wurden die Zuständigkeiten im Zürcher Gesundheitswesen entflochten: Seit 2012 ist der Kanton allein zuständig für die stationäre Spitalversorgung (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation). Dieses Kapitel bietet eine Übersicht über die Gesundheitsversorgung im Kanton aus der Perspektive der Zürcher Gemeinden. Dabei werden auch die Aufgaben der Gemeinden im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung aufgezeigt. Ihre Hauptaufgabe ist allerdings die Pflegeversorgung (vgl. Kapitel 3).

Inhalt

2.1. Facts & Figures.....	12
2.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen.....	13
2.3. Aufgaben der Gemeinden.....	13
2.4. Kosten und Finanzierung.....	15
2.5. Herausforderungen und Trends.....	17
Anhang: Glossar	44



2.1. Facts & Figures

Da im Kanton Zürich die Zuständigkeiten betreffend Gesundheitsversorgung und Pflegeversorgung zwischen Kanton und Gemeinden mehrheitlich getrennt sind, werden sie in diesem Dokument separat (Kapitel 2 und Kapitel 3) betrachtet. Häufig wird die Gesundheitsversorgung als Oberbegriff verstanden, der auch die Pflegeversorgung miteinschliesst.

Die Gesundheitsversorgung hat verschiedene Branchen und Sektoren, die man unterscheiden kann in:

- medizinische oder paramedizinische Versorgung, Paramedizin;
- ambulantes Setting (d.h. Arztpraxis, Praxis für Physiotherapie, freipraktizierende Hebamme) und stationäres Setting (d.h. Spital oder Klinik).
- Grundversorgung (Erstberatung meist ambulant durch niedergelassene ÄrztInnen); Akutversorgung (z.B. im Akutspital, Psychiatrieklinik, Geburtshaus); Rehabilitation (ambulant oder stationär) → [Primär-, Sekundär-, Tertiär](#).
- In der medizinischen Akutversorgung, d.h. im Spitalsektor, wird zusätzlich unterschieden zwischen medizinischer Grundversorgung, spezialisierter Medizin und hochspezialisierter Medizin. → [Hochspezialisierte Medizin](#)

In der Gesundheitsversorgung bedeutet ambulant vor stationär, dass eine zunehmende Anzahl von Eingriffen und Behandlungen dank medizinischem Fortschritt (z.B. minimalinvasive Operation, neue Anästhesieverfahren) bei mindestens gleichwertiger Qualität (Vermeidung nosokomialer Infektionen) ohne Übernachtung im Spital durchgeführt werden kann. Das Einsparpotenzial ist bei gleichbleibender Qualität sehr gross. Der Eingriff findet im Spitalambulatorium statt und die damit zusammenhängenden Termine (z.B. Voruntersuchung, Nachkontrolle) meist auch. → [Spitalversorgung ambulant vor stationär](#)

Kenndaten zur Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich

★ Der [Versorgungsbericht 2019](#) bietet eine ausgezeichnete Übersicht.

Die Zürcher Gesundheitsversorgung ist sehr gut ausgebaut und gemäss regelmässigen Umfragen ist die Zürcher Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden.

Ambulante Versorgung

- Im ambulanten Bereich sind rund 3580 selbstständige ÄrztInnen tätig und 2000 selbstständige TherapeutInnen erbringen ihre Leistungen mehrheitlich auf ärztliche Anordnung.
- Knapp 500 freipraktizierende Hebammen, 60 ChiropraktikerInnen, 1600 selbstständige PsychotherapeutInnen und über 1200 ZahnärztInnen sind im Kanton Zürich tätig.
- Im Kanton Zürich gibt es rund 250 Apotheken, sie gewährleisten die Arzneimittelversorgung, bieten niederschwellige Beratungen sowie Impfungen und weitere Dienstleistungen an.
- Es werden keine Daten zur Inanspruchnahme publiziert.

Stationäre Gesundheitsversorgung

- Im Kanton Zürich gibt es 29 Akutspitäler, davon 16 mit Notfallstation. In der Akutsomatik (Akutspital) ist die Anzahl stationärer Fälle zwischen 2012 und 2017 gestiegen, seither sinken sie wieder (vermutlich wegen «ambulant vor stationär»). Die Aufenthaltsdauer im Akutspital nahm seit 2010 kontinuierlich ab und lag 2018 bei durchschnittlich 5,4 Tagen. 2018 gab es über 240 000 stationäre Fälle und davon waren 15 % der Betroffenen jünger als 20 Jahre (dazu zählen auch die Neugeborenen) und 39 % älter als 65 Jahre.
- Es gibt sieben Rehabilitationskliniken im Kanton Zürich. Die stationäre Rehabilitation wurde seit 2010 ausgebaut und entsprechend stieg die Anzahl Fälle; 2018 waren es fast 4500 Fälle (+63 %). Gemäss der Spitalliste 2023 ist ein Ausbau der stationären Rehabilitation geplant.
- Es gibt 12 Psychiatriekliniken im Kanton Zürich. In der Psychiatrie nimmt die Anzahl stationäre Fälle seit 2010 laufend zu, 2018 wurden über 14 000 Fälle (+14 %) gezählt. Gemäss der Spitalliste 2023 ist ein Ausbau der stationären Psychiatrie geplant.

★ Im Rahmen der Spitalplanung 2023 hat die GD einen [Versorgungsbericht](#) und einen [Strukturbericht](#) erarbeitet. Beide Berichte enthalten die wichtigsten Informationen zur kantonalen Spitalversorgung und viele Daten und Details.

2.2. Wichtigste Gesetzesgrundlagen

Gesetzesgrundlagen auf Bundesebene bezüglich Gesundheitsversorgung

Das KVG regelt grundsätzlich das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen, darunter auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Mit der zugehörigen [Verordnung über die Krankenversicherung \(KVV\)](#) setzt der Bundesrat den Vollzug fest, das Eidgenössische Departement des Innern erlässt die [Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#) und zuständig ist das Bundesamt für Gesundheit.

Gesetzesgrundlagen im Kanton Zürich bezüglich Gesundheitsversorgung

Das Kantonale [Gesundheitsgesetz](#) (GesG) bezweckt den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. Massnahmen des Kantons und der Gemeinden wahren die Eigenverantwortung des Individuums und die Heiltätigkeiten müssen dem Wohl der behandelten Personen dienen.

Das Gesundheitsgesetz hat sieben Teile, darunter Teil 2 (Berufe im Gesundheitswesen), Teil 3 (Spitäler, Pflegeheime und andere Institutionen des Gesundheitswesens), Teil 5 (Gesundheitsförderung, Prävention, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten).

Das [Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz](#) (SPFG) ist seit 2012 in Kraft und regelt die Spitalplanung für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Das SPFG wurde hinsichtlich der Spitalplanung 2023 aktualisiert. Gemäss KVG (Art. 49a Ziff. 2ter) muss der Kanton die notwendige Spitalversorgung für die gesamte Kantonsbevölkerung sicherstellen, indem er die Spitalversorgung plant und den Spitälern entsprechende Leistungsaufträge erteilt. Ein Spital mit Leistungsauftrag ist in der Spitalliste aufgeführt und darf die Behandlungskosten zulasten der OKP abrechnen. Der Kanton trägt 55 % der Behandlungskosten der Zürcher Wohnbevölkerung und die restlichen 45 % werden von den Krankenkassen finanziert. Die Gemeinden haben keine oder eine andere Rolle:

- Gemeinden können – wie auch Private und der Kanton – Spitäler und Geburtshäuser errichten und betreiben (§ 3).
- Falls ein Spital ein für die Versorgung unverzichtbares Spital ist und dessen Weiterbestand bedroht ist, können Gemeinden Massnahmen ergreifen (z.B. Subventionen beantragen).

2.3. Aufgaben der Gemeinden

Seit 2012 sind die Gemeinden für die Pflegeversorgung ([§](#) Kapitel 3) und der Kanton ist für die Spitalversorgung zuständig (sogenanntes Modell 100/0). Zudem haben die Gemeinden gemäss Gesundheitsgesetz verschiedene Aufgaben bezüglich Public Health, Notfallversorgung und Rettungsdienste, zahnärztliche Versorgung und Bestattungswesen.

Für die ambulante Grundversorgung durch Haus- und FachärztInnen erteilt der Kanton die Berufs- und Betriebsbewilligungen. Bei einer Überversorgung kann der Kanton eine [Zulassungsbeschränkung](#) einführen. Bei einer möglichen Unterversorgung, z.B. durch Haus- oder KinderärztInnen, hat der Kanton keine direkte Handhabe, kann aber u.a. die Ausbildung von HausärztInnen subventionieren. Gemeinden bzw. Gemeindeverbände haben diesbezüglich keinen Auftrag, werden aber vereinzelt aktiv, z.B. indem sie in die Praxisinfrastruktur investieren, eine Defizitgarantie geben, eine Praxisgründung ermöglichen.

Obwohl die Zürcher Gemeinden nicht mehr zuständig für die Spitalversorgung sind, haben sie insbesondere am Spital in ihrer Region ein Interesse, z.B., weil:

- das Spital Teil des regionalen Netzwerks Gesundheit und Pflege ist;
- das Spital in der Region für die hochaltrige Bevölkerung wichtig ist;
- Spitäler für die Standortgemeinde sowie die umliegenden Gemeinden ein bedeutender Standortfaktor, z.B. als Arbeitgeber oder Auftraggeber, sind.

Beispiel: Bis 2012 waren die Gemeinden gemeinsam mit dem Kanton für die Spitalversorgung verantwortlich und viele Spitäler sind noch mit ihren Gemeinden verbunden. Der Spitalsektor ist heterogen bezüglich Rechtsform und Eigentümerschaft:

- Eigentümer Kanton: Universitätsspital Zürich und Kantonsspital Winterthur, (öffentlich-rechtliche Anstalt);
- Eigentümer/Teilhaber Gemeinden, z.B. Spital Bülach (AG), Spital Männedorf (AG), GZO Spital Wetzikon (AG), Spital Affoltern (AG), Spital Uster (AG), Spital Limmattal (Zweckverband), Seespital (Stiftung), Stadtspital Zürich (Dienstabteilung der Stadtverwaltung);
- Eigentümer Private, z.B. Klinik Hirslanden (AG), Spital Zollikerberg (Stiftung), Klinik Lengg (AG), Kinderspital (Stiftung), Schulthess-Klinik (Stiftung), Universitätsklinik Balgrist (Stiftung).

Aufgaben der Gemeinden bzgl. Gesundheit gemäss GesG:

Public Health

- Kanton und Gemeinden unterstützen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten (§ 46). Sie können eigene Massnahmen treffen oder Massnahmen Dritter subventionieren. → [Public Health](#)
- Kanton und Gemeinden sorgen dafür, dass SchülerInnen angeleitet werden, ihre Gesundheit zu fördern und Erkrankungen zu verhüten (§ 49).
- Kanton und Gemeinden bekämpfen den Suchtmittelmissbrauch und sorgen für die [Suchtpräventionsstellen](#) (48).
Gemeinden sorgen allgemein für die Beseitigung von lokalen Gesundheitsgefahren, z.B. Rauch, Russ, Dünste, Lärm (§ 53). → [Umwelt und Gesundheit](#)
- Gemeinden wirken bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mit (§ 54). Sie sorgen mit dem Kanton z.B. für die Vorbereitung von Impfungen von grösseren Bevölkerungsgruppen. → [Epidemie](#)

Notfallversorgung und Rettungsdienste

- Die Gesundheitsdirektion beauftragt für den ganzen Kanton eine Triagestelle zur Vermittlung von nicht lebensbedrohten Notfallanrufenden (§ 17). Die Gemeinden müssen diese oder eine andere Triagestelle beauftragen und mitfinanzieren. → [Aerztefon](#)
- Die Gemeinden gewährleisten das Krankentransport- und Rettungswesen auf ihrem Gebiet oder übertragen diese Aufgabe Dritten (§ 44). Zuständig ist meist das Ressort Sicherheit, es vergibt die Leistungsaufträge. → [Rettungsdienste](#)

Weitere Aufgaben der Gemeinden

- Die Gemeinden sorgen für die regelmässige zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der in der Gemeinde wohnhaften schulpflichtigen Kinder (§ 51). Die Gemeinden tragen die Untersuchungskosten und je nach finanzieller Lage der Familie einen Teil der Behandlungskosten.
- Das Gesundheitsgesetz regelt auch das Bestattungswesen, für das die Gemeinden hauptsächlich verantwortlich sind (§ 55-57).

Aufgaben der Gesundheitsdirektion bzgl. Gesundheit gemäss GesG:

Krankenversicherungspflicht

Grundsätzlich sind alle in der Schweiz wohnhaften Personen verpflichtet, sich über die Krankenversicherung zu versichern. Die GD überprüft die Einhaltung der Versicherungspflicht oder eine allfällige Befreiung davon.

Gesundheitsberufe

Die GD erteilt die Berufsausübungsbewilligung (z.B. Medizin, Therapie, Hebamme) und die Betriebsbewilligung (z.B. Apotheke, Rettungs- und Verlegungsdienste). Seit 2022 überprüft die GD die Zulassungsgesuche von ambulanten Leistungserbringern, um ihre Leistungen zulasten der OKP abzurechnen. Insbesondere Qualitätsanforderungen werden genauer überprüft.

→ [Zulassungsbeschränkung](#)

Spitalversorgung und Spitalfinanzierung

Die GD ist zuständig für die Spitalversorgung und erteilt den Spitälern für Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation die Leistungsaufträge. Zudem plant, überwacht und finanziert die GD die Spitalversorgung gemäss SPFG.

Mit der Spitalplanung erarbeitet die Gesundheitsdirektion eine langfristige Strategie für die stationäre Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung. Die Spitälern können sich alle zehn Jahre um Leistungsaufträge bewerben. Die Gesundheitsdirektion vergibt diese, um so eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Versorgung zu gewährleisten.

Die aktuelle Spitalplanung wird im Sommer 2022 abgeschlossen und ab 2023 gelten die neuen Spitallisten. Auf dieser Liste sind die Spitälern und Kliniken aufgeführt, die zulasten der OKP abrechnen und für die stationäre Behandlung einen Kantonsbeitrag erhalten. → [Spitalplanung 2023](#)

Public Health

Der Kantonsärztliche Dienst erfüllt einen wichtigen Teil dieser Aufgaben (z.B. übertragbare Krankheiten, Hitze), gut sichtbar z.B. während der Corona-Pandemie. Zudem beauftragt die GD das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, die Abteilung «Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich» zu betreiben. Diese koordiniert die Arbeit der Suchtpräventionsstellen, leitet Schwerpunktprogramme, unterstützt Gemeinden und führt Sensibilisierungskampagnen durch. → [Kantonale Aktionsprogramme](#)

Notfall und Rettung

Zur Vermittlung von nicht lebensbedrohten Notfalleinrufern beauftragt die Gesundheitsdirektion für den ganzen Kanton eine Triagestelle (das Aertzefon). Die Gemeinden und der Kanton teilen sich die Kosten für das Aertzefon. Für die Rettungsdienste stellen die Gemeinden die notwendige Versorgung auf ihrem Gebiet sicher bzw. übertragen diese Aufgabe Dritten. Der Kanton erteilt die Betriebsbewilligung und sichert die Qualität sowie die auf next-best-Kriterien basierende Disposition der Rettungsmittel mittels der Rettungswesenverordnung (RWV). Für die Disposition der Rettungsmittel erteilt der Kanton der Einsatzleitzentrale von SRZ einen entsprechenden Leistungsauftrag.

Heilmittel

Die Kantonsapothekensicherstellung gewährleistet jederzeit eine sichere Heilmittelversorgung, die Sicherstellung der pharmazeutischen Versorgung des Universitätsspitals Zürich, des Kantonsspitals Winterthur sowie umliegender Spitäler im Kanton Zürich. Zudem ist die Kantonsapothekensicherstellung die zentrale Institution für die Sicherstellung der Versorgung der Zürcher Bevölkerung in Notfallsituationen.

Weitere Akteure mit Aufgaben bezüglich Gesundheitsversorgung

BezirksärztInnen

Die Gesundheitsdirektion ernennt BezirksärztInnen (§ 60), die z.B. Aufgaben nach dem Epidemiengesetz durchführen und die Gemeindebehörden beraten.

Leistungserbringer

- Leistungserbringer dürfen nur mit Bewilligung der GD tätig sein, erbringen ihre Leistungen nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung und erfüllen die Mindestanforderungen an qualitätssichernden Massnahmen.
- Leistungserbringer müssen transparente Rechnungen stellen und allen PatientInnen eine Rechnerkopie zustellen.
- Leistungserbringer führen eine Kostenrechnung gemäss geltender Verordnung zur Kostenermittlung und Leistungsermittlung.

Krankenpflegeversicherung

Die Leistungserbringer können ihre Leistungen entweder:

- den Versicherungen direkt in Rechnung stellen (System Tier payant), die PatientInnen erhalten eine Rechnerkopie.

- den PatientInnen in Rechnung stellen, die dann die Kosten von ihren Versicherungen zurückverlangen (System Tier garant).

PatientInnen und Versicherungen prüfen die Rechnung der Leistungserbringer.

Non-Profit Organisationen

- Die Gesundheitsligen (z.B. pro mente sana, Lungenliga, Diabetesgesellschaft, Krebsliga) und weitere Akteure setzen meist spezifische oder zielgruppenfokussierte Massnahmen um.
- Sie erbringen auch spezifische Leistungen für PatientInnen, die sie über die OKP verrechnen können oder werden durch Gemeinden für gewisse Leistungen beauftragt.
- Die [ZALK](#) (Zürcherische Allianz Leistung und Kosten Gesundheitswesen) sichert im Auftrag der Zürcher Gemeinden die Finanzierung von gesetzlich verankerten Dienstleistungen, die durch Fachorganisationen erbracht werden.

2.4. Kosten und Finanzierung

Der Kanton ist verantwortlich für die Spitalplanung und trägt 55 % der Kosten für die stationäre Spitalversorgung. Die Gemeinde trägt einen grossen Anteil der Pflegekosten ([B](#) Kapitel 3) und übernimmt die Kosten für ihre Aufgaben im Bereich Public Health, Notfallversorgung und Rettungsdienste sowie weitere Pflichten ([B](#) 2.3.).

Kosten Gesundheitsversorgung Kanton Zürich

Schätzungsweise belaufen sich die Gesundheitsausgaben im Kanton Zürich auf insgesamt 15 Mia. Fr. pro Jahr. Die öffentliche Hand trägt einen Teil der OKP Kosten, im Fall der stationären Spitalversorgung ist es der Kanton. Seit 2012 ist der Kantonsanteil von 1,25 Mia. Fr. laufend gestiegen und 2020 betrug er 1,57 Mia. Fr (vgl. [RRB](#) 5849/2022).

★ Im Auftrag der GD hat die zhaw eine [Studie zu Sparpotenzialen](#) für den Kanton Zürich verfasst.

Kostenträger

Die Kosten für die Gesundheitsversorgung werden üblicherweise von den folgenden Kostenträgern finanziert:

- ambulanz: Patientenbeteiligung (Selbstbehalt, Franchise) und OKP;

- stationär: Patientenbeteiligung (Selbstbehalt, Franchise), OKP und Kanton.

In der Gesundheitsversorgung werden die Kosten für die erbrachten OKP-Leistungen üblicherweise mit Tarifen oder Pauschalen berechnet. In jeder Branche vereinbaren die Tarifpartner (d.h. Verbände der Leistungserbringer und der Krankenversicherer) ein eigenes Tarifsysteem, das durch den Bundesrat genehmigt wird. Vorteil der schweizweit gültigen Tarife ist mehr Transparenz, bessere Vergleichbarkeit und höhere Flexibilität. So können z.B. einzelne Tarifpositionen angepasst oder die Höhe der Tarife bzw. Taxpunktwerte erhöht/gesenkt werden, ohne das ganze Tarifsysteem zu ändern.

Höhe der Tarife, der Taxpunkte, der Fallpauschale

Die jeweiligen Branchenverbände verhandeln die Höhe der zugrundeliegenden Tarife jeweils mit den Verbänden der Krankenpflegeversicherer. Wenn sich die Tarifpartner einig sind, werden die Tarifverträge durch die zuständige kantonale Behörde genehmigt. Finden sich die Tarifpartner nicht, wird die Höhe des Tarifs durch die zuständige kantonale Behörde festgesetzt. Die Abrechnungen der Leistungserbringer müssen transparent sein und werden von den Kostenträgern überprüft und beglichen.

Finanzierung der ambulanten Gesundheitsversorgung

Zwei Kostenträger: Die Krankenpflegeversicherungen tragen die Kosten für die ambulante Gesundheitsversorgung, abzüglich der Patientenbeteiligung. Diese beinhaltet die Franchise (300 bis 2500 Fr.) und den Selbstbehalt (10% der Kosten, maximal 700 Fr./Jahr).

Verschiedene Tarifsysteme: Im ambulanten Sektor gelten verschiedene Tarifsysteme, das Bekannteste ist TARMED für die ambulante Medizin. Für ambulante Behandlungen im Spital gilt auch TARMED. Weitere ambulante Leistungserbringer haben eigene Tarife und/oder Pauschalen wie z.B. Hebammen, Apotheken, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie.

Beispiel: TARMED ist die Basis für die Abrechnung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Für die Abrechnung werden Taxpunkte aus der Tarifstruktur mit den kantonal unterschiedlichen Taxpunktweiten multipliziert, um die Kosten für die einzelnen ärztlichen Leistungen zu berechnen. Die Taxpunktweiten werden auf kantonaler Ebene durch Tarifpartner, d.h. die Ärztesgesellschaft (AGZ) und die Krankenkassenverbände (tarifsuisse, curafutura), bestimmt und durch die zuständige Behörde genehmigt oder mittlerweile vermehrt festgesetzt.

Da sich die Tarifpartner im Kanton Zürich nicht auf einen TARMED Taxpunktweite einigen konnten, musste der Zürcher Regierungsrat diesen im Frühling 2022 festsetzen. Der Regierungsrat hat den Taxpunktweite von 0.89 Fr. auf 0.91 Fr. erhöht, wogegen die Verbände der Krankenversicherer beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht haben.

Hingegen sind sich die Tarifpartner darüber einig, dass es ein neues Tarifsysteem braucht. Die FMH, curafutura und weitere haben den TARDOC entwickelt, den der [Bundesrat im Sommer 2021 ablehnte](#). Er forderte alle Tarifpartner auf, sich am Prozess zu beteiligen und auf eine kostenneutrale Lösung hinzuarbeiten.

Finanzierung der stationären medizinischen Gesundheitsversorgung

Drei Kostenträger: Der Kanton übernimmt 55 % der Spitalkosten, die Krankenversicherungen übernehmen 45 % der Spitalkosten und die PatientInnen tragen einen kleinen Beitrag (d.h. Franchise, Selbstbehalt).

Drei Tarifsysteme: Es gibt drei Systeme, die innerhalb der letzten zehn Jahre neu eingeführt wurden: DRG (Akutspital, seit 2012), TARPSY (Psychiatrie, seit 2018), ST Reha (Rehabilitation, seit 2022).

Beispiel: Für die Akutsomatik wurde 2012 das DRG-Swiss System (Swiss Diagnosis Related Groups) eingeführt. In diesem Fallpauschalen-System wird jeder Spitalaufenthalt anhand von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Behandlungen einer diagnoseabhängigen Gruppe zugeordnet und mit einem Kostengewicht versehen. Das Kostengewicht widerspiegelt den Schweregrad eines Behandlungsfalls und wird mit der Basisfallpauschale (der sogenannten Baserate) multipliziert.

Die Tarifpartner verhandeln die Baserate und der Kanton genehmigt oder setzt sie fest für unterschiedliche Kategorien (z.B. aktuell gültige Baserate für Universitätsspitäler 10 840 Fr., nicht-Universitätsspitäler 9650 Fr.).

Im Gegensatz zur früheren Tagespauschale verdienen die Spitäler mit dem DRG-System nicht mehr, wenn die PatientInnen länger im Spital sind. Im Gegenteil, das DRG-System entschädigt Spitalaufenthalte, die weder zu kurz noch zu lang sind, besser. Entsprechend wichtig ist eine funktionierende Schnittstelle des Spitals mit spitalexternen Leistungserbringern, z.B. für die spitalärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege bei der Spitex oder im Pflegeheim (⇄ Kapitel 3).

Einige Ausnahmen bzgl. Kostenübernahme in der Gesundheitsversorgung:

- Bei Unfällen oder Berufskrankheiten übernimmt die Unfallversicherung die Kosten, ohne Patientenbeteiligung.

- Für Zahnbehandlungen tragen PatientInnen meist die ganzen Kosten.
- Für einen Einsatz bzw. Transport mit der Ambulanz übernimmt die OKP die Hälfte der Kosten und maximal 500 Fr. pro Jahr.
- Für Kinder unter 18 Jahren gibt es keine Franchise und der Selbstbehalt beträgt höchstens 350 Fr. pro Jahr und Kind (bei drei Kindern und mehr maximal 1000 Fr. pro Jahr und Familie).
- Für Schwangerschaftsvorsorge, Geburt und Nachsorge und ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt werden die gesamten Behandlungskosten übernommen.

2.5. Herausforderungen und Trends

Für die dringendsten Herausforderungen, wie z.B. Kostenentwicklung und Bezahlbarkeit oder Quantität und Qualität, gibt es Reformvorschläge, die in der Gesundheitspolitik kontrovers diskutiert werden.

★ [Herausforderungen Gesundheitspolitik Schweiz](#) der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik zeigt verschiedene Perspektiven auf.

Steigende Gesundheitskosten

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen konstant an und sind auch eine zunehmende finanzielle Belastung für den Kanton Zürich. Wichtigste Kostentreiber sind das Einkommenswachstum, das Bevölkerungswachstum, die Alterung der Bevölkerung sowie der medizinische Fortschritt (z.B. neue, teurere Medikamente und Behandlungsmethoden). Der Kanton Zürich hat deshalb die Liste ambulant vor stationär eingeführt. ➔ [Spital, Liste ambulant vor stationär](#)

Hoher Kostendruck für Leistungserbringer

Der Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und die Ärztesgesellschaft Kanton Zürich (AGZ) fordern beide höhere Tarife, um die Kostendeckung im ambulanten und stationären Spitalbereich, bzw. um das Einkommen der Zürcher ÄrztInnen zu sichern. Die Kostenträger – d.h. Versicherungen, Kantone und Prämienzahlende sehen das anders.

Medizinische Versorgungsplanung nur im stationären Bereich

Die medizinische Versorgung der Schweiz ist sehr gut ausgebaut. Um eine Über-, Unter oder Fehlversorgung zu vermeiden, nehmen die Kantone die Spi-

talplanung gemäss nationalen Vorgaben vor. Die ambulante medizinische Versorgung wird in einzelnen Kantonen und periodisch über Zulassungsbeschränkungen gesteuert. Die Krankenversicherungen fordern zusätzlich eine Lockerung des Vertragszwangs, um die angebotsinduzierte Nachfrage zu reduzieren und die Mengenausweitung zu bremsen.

Geringe Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention

Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind wirksam, steigern die gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahre und können mittel- und langfristig die Behandlungskosten senken. In der Schweiz werden nur 2,2 % der Gesundheitskosten in Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention investiert.

Private Gesundheitsausgaben sind hoch

Für Personen mit tiefen Einkommen und Vermögen ist die Patientenbeteiligung (d.h. Franchise, Selbstbehalt) an den Gesundheitskosten eine Hürde zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Deshalb wird z.B. auf Vorsorge-Untersuchungen verzichtet oder werden ÄrztInnen verspätet konsultiert. Beides kann zu schlechteren Gesundheitsoutcomes und insgesamt höheren Gesundheitskosten führen.

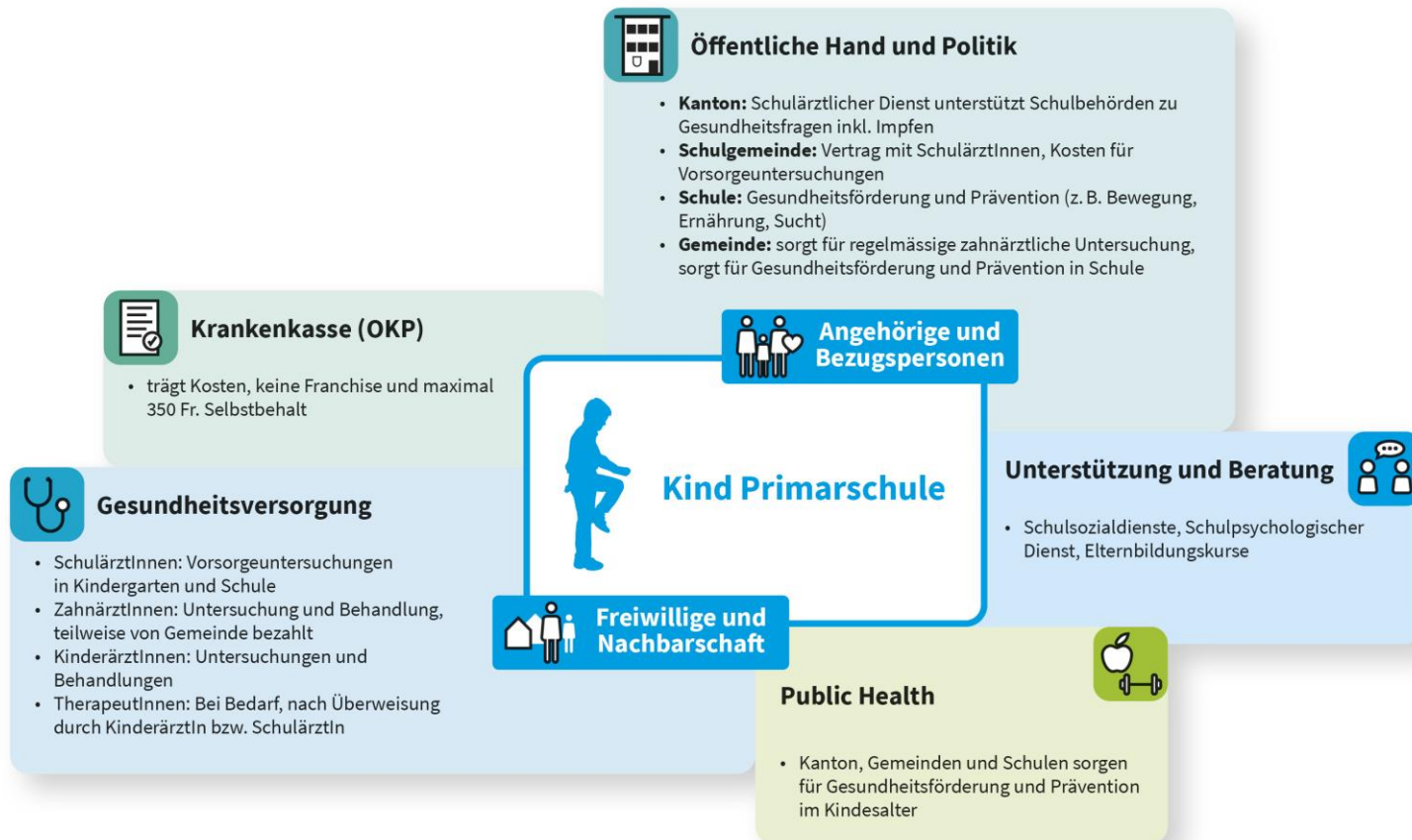
Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung

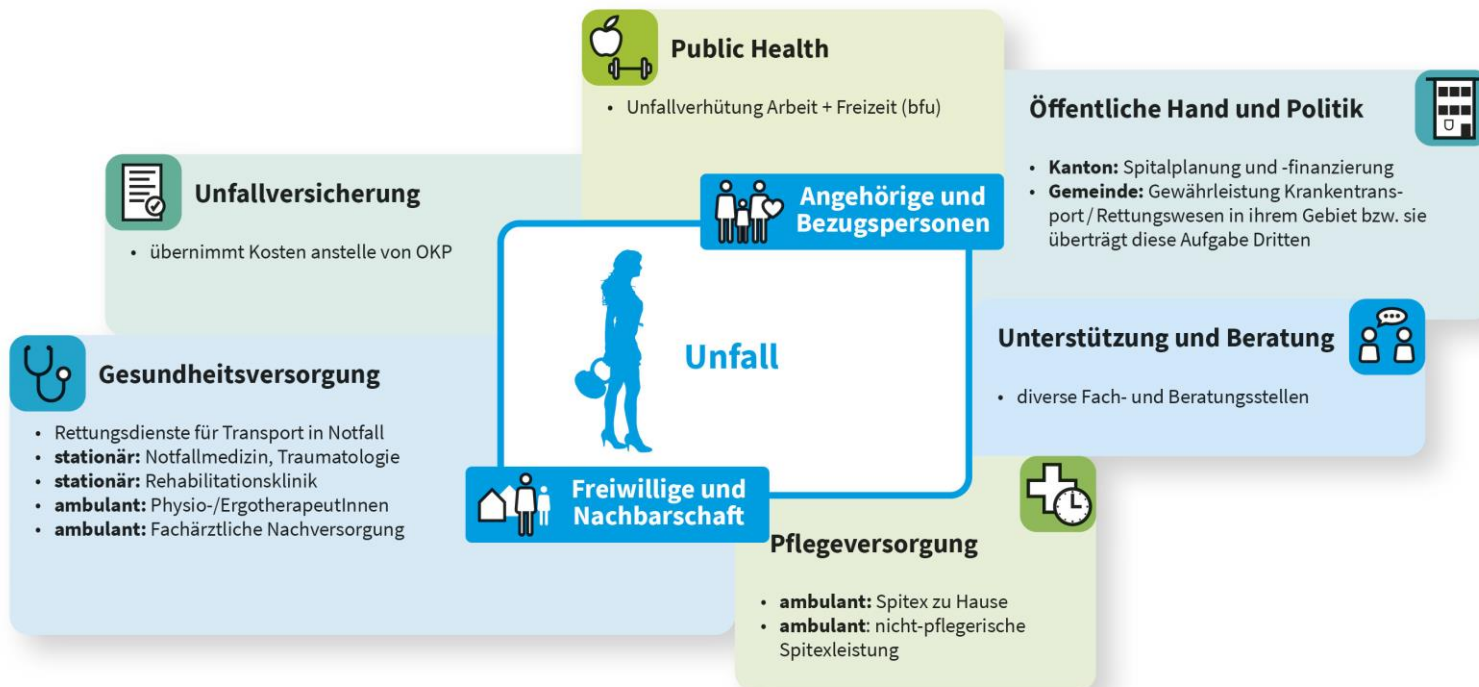
GesundheitsökonomInnen beobachten auch in der Schweiz, dass benachteiligte Menschen mit schlechter Gesundheit weniger Gesundheitsleistungen beanspruchen und privilegierte Menschen durch die Gesundheitsversorgung überversorgt werden. Diese Fehlversorgung senkt den Nutzen der Gesundheitsinvestitionen.

Fachkräftemangel Gesundheitsberufe

Der prognostizierte Fachkräftemangel ist in der Pflege besonders gross (3.6.). Interprofessionelle und/oder integrierte Versorgungsmodelle und weitere Effizienzgewinne können angesichts des demographischen Wandels diesen Fachkräftemangel nur ansatzweise lindern. Die Ärztedichte in der Schweiz liegt mit 4,4 ÄrztInnen pro 1000 Personen über dem OECD Durchschnitt (3,5 ÄrztInnen pro 1000 Personen).









KAPITEL 3: PFLEGEVERSORGUNG

Im Kanton Zürich ist mit «Pflegeversorgung» die ambulante und stationäre Langzeitpflege gemeint. Gemäss Pflegegesetz sorgen die Zürcher Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer EinwohnerInnen und tragen die Restkosten. Daraus ergeben sich zahlreiche Aufgaben für die Gemeinden und steigende Kosten in der Pflegeversorgung. Kapitel 3 beschreibt diese Aufgaben und zeigt auf, welchen Handlungsspielraum die Gemeinden haben, um die Pflegeversorgung zu steuern und zu optimieren.

Inhalt

3.1. Facts & Figures.....	22
3.2. Gesetzesgrundlagen.....	23
3.3. Aufgaben der Gemeinden.....	24
3.4. Kosten und Finanzierung.....	27
3.5. Herausforderungen und Trends.....	30
3.6. Handlungsspielraum der Gemeinden.....	31
Anhang: Glossar.....	44



3.1. Facts & Figures

Mit Pflegeversorgung ist im Kanton Zürich die ambulante oder stationäre [Langzeitpflege \(LZP\)](#) gemeint. Die Langzeitpflege umfasst meist eine länger anhaltende oder dauerhafte Pflege von pflegebedürftigen Personen und kann zu Hause (ambulant), in einem Alters- oder Pflegeheim (stationär) oder in Tages- bzw. Nachstrukturen (intermediär) erfolgen. ➔ [Stationär, ambulant, intermediär](#)

Die Langzeitpflege grenzt sich ab von der Pflege in einem Spital oder in der Rehabilitation. Ziel der Langzeitpflege ist, den PatientInnen eine möglichst gute Lebensqualität und ein grösstmögliches Mass an Selbstständigkeit zu ermöglichen, und zwar i. d. R. über mehrere Monate oder Jahre.

[LeistungsbezügerInnen](#) (d.h. PatientInnen, KlientInnen, Bewohnende) sind Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Alter, Unfall oder Behinderung auf Pflege zu Hause oder in einer Institution angewiesen sind. Meist sind es hochaltrige Personen, die über längere Zeit gepflegt werden.

Pflege-Institutionen und Pflegefachpersonen

Üblicherweise erbringen folgende Fachpersonen Pflegeleistungen der LZP: Diplomierete Pflegefachperson (FH/HF), Fachfrau/-mann Gesundheit (EFZ), Fachfrau/-mann Betreuung, AssistentIn Gesundheit und Betreuung. In der Schweiz gibt es einen Fachkräftemangel in der Pflege ([3.5.](#)). Pflegefachpersonen sind üblicherweise in einer stationären Einrichtung (➔ [Altersheim oder Pflegeheim](#)) oder in einer ambulanten Institution (Spitex-Organisation) angestellt. Pflegefachpersonen können ambulante Leistungen auch selbstständig tätig erbringen. Im Fall einer Pflege-Institution ist eine entsprechende [Betriebsbewilligung](#) (bzw. für selbstständig tätige Pflegefachpersonen eine Berufsausübungsbewilligung) von der kantonalen Gesundheitsdirektion (Abteilung Bewilligungen & Aufsicht des Amts für Gesundheit) notwendig.

Es gibt auch [spezialisierte Langzeitpflege](#) im stationären oder ambulanten Setting, z.B. für Psychiatrie, Palliative Care, Demenz, Kinder etc.

➔ [Spezialisierte Pflegeleistungen](#)

Grundsatz ambulant vor stationär im Pflegegesetz verankert

In der Pflegeversorgung bedeutet das, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause wohnen und dort gepflegt und betreut werden. In § 9

Abs. 2 [Pflegegesetz](#) wird zur Förderung von ambulant vor stationär die Patientenbeteiligung für KVG-Leistungen (ohne UV/IV/MV) auf die Hälfte des zulässigen Betrags festgelegt. ➔ [Grundsatz ambulant vor stationär in der Pflegeversorgung](#)

Abgrenzung Pflege und Betreuung

Betreuungsleistungen sind von der Finanzierung durch die [OKP](#) ausgeschlossen. Diese Betreuungsleistungen müssen von den Betroffenen grundsätzlich selbst oder über Ergänzungsleistungen finanziert werden. ➔ [Betreuungsleistungen](#)
Auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotellerie) tragen die Betroffenen selbst.

Kenndaten zur Pflegeversorgung im Kanton Zürich

Der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen ist aufgrund der demografischen Entwicklung gestiegen und wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Die Gesundheitsdirektion veröffentlicht jedes Jahr die [Kenndaten zur Langzeitpflegeversorgung](#), der aktuellste Bericht liegt für das Jahr 2020 vor.

Ambulante Pflegeversorgung im Kanton Zürich im 2020

- 200 Spitex-Organisationen und 208 selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen haben rund 53 000 Klientinnen und Klienten gepflegt. Sie wurden von 8972 Fachpersonen (4110 Vollzeitstellen) in rund 3 Mio. Pflegestunden versorgt.
- Über die Hälfte (54 %) der Pflegeleistungen wurde für KlientInnen im Alter von 80-jährig oder älter erbracht. Sie brauchten durchschnittlich 84 Stunden Pflegeleistungen pro Person. Rund ein Viertel (24 %) der Pflegeleistungen wurde für 65-79-Jährige aufgewendet, sie brauchten durchschnittlich 50 Stunden Pflegeleistungen pro Person. Nur wenige Pflegeleistungen (2 %) wurden für Kinder jünger als fünf Jahre erbracht, sie beanspruchten jedoch am meisten Pflegeleistungen (164 Stunden Pflegeleistungen pro Kind).
- Die Gesamteinnahmen der Spitex-Leistungserbringer betragen rund 485 Mio. Fr.

Stationäre Pflegeversorgung im Kanton Zürich im 2020

- 257 Institutionen mit 17 810 Pflegeplätzen haben rund 15 600 Bewohnerinnen und Bewohner versorgt. Die Leistungen wurden von 24 239 Fachpersonen (18 228 Vollzeitstellen) erbracht.

- Die grosse Mehrheit der alten Menschen wohnt zu Hause und mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim wohnt. So wohnen 35 % der über 90-Jährigen in einer Langzeitpflegeeinrichtung.
- Der Pflegebedarf variiert, die meisten Bewohnenden (64 %) brauchen zwischen einer und drei Stunden Pflege pro Tag, nur wenige Bewohnende (4 %) brauchen mehr Pflege (Pflegestufe 10 und höher).
- Die gesamten Betriebskosten betragen 2,2 Mia. Fr., davon 44 % für Hotellerie, 40 % für Pflege und 15 % für Betreuungsleistungen.

3.2. Gesetzesgrundlagen

Gesetzesgrundlagen auf Bundesebene bezüglich Pflegeversorgung

Das [Bundesgesetz über die Krankenversicherung](#) (KVG) dient dazu, die Bevölkerung im Krankheitsfall finanziell abzusichern und regelt zahlreiche Bereiche im Gesundheitswesen. Miteingeschlossen sind auch die Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a), wie z.B., wer die Kosten für die Pflegeleistungen trägt:

- Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag;
- die Patientenbeteiligung beträgt höchstens 20 % des höchstzulässigen Pflegebeitrags der Krankenversicherer und
- die Restfinanzierung regeln die Kantone.

Die [Krankenpflege-Leistungsverordnung](#) (KLV) regelt u.a. die Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese beteiligt sich an den Kosten für Pflegeleistungen, wenn: ([vgl. Art. 7 ff KLV](#))

- es sich um gesetzlich definierte Pflegeleistungen handelt und
- die Pflegeleistungen ärztlich angeordnet wurden und
- der Pflegebedarf von einer Pflegefachperson ermittelt wurde und
- die Pflegeleistungen von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden.

Beispiele Pflegeleistungen: Sie werden ambulant oder stationär erbracht und drei Kategorien zugeordnet (Art. 7 Abs. 2 KLV):

- KLV A: Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, z.B. Ermittlung Pflegebedarf, Beratung PatientInnen/Angehörige, Koordination Massnahmen.
- KLV B: Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, z.B. Messung Vitalzeichen (Puls, Blutdruck etc.), Wundbehandlung, Vorbereitung/Verabreichung

Medikamente, Einführen/Überwachung von Hilfsmitteln/Geräten (Sonden, Katheter, Infusion, Stoma, Sauerstoff etc.), Massnahmen bei Inkontinenz und Störungen Blasen-/Darmentleerung, Anleitung bzgl. Bewältigungsstrategien, Unterstützung psychisch kranke Personen in Krisensituationen.

- KLV C: Massnahmen der Grundpflege, z.B. Hilfe bei Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Betten und Lagern. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung.

Die Höhe der OKP-Beiträge für die Pflegeleistungen sind in Art. 7a KLV festgelegt ([§ 3.4.](#)).

Gesetzesgrundlagen im Kanton Zürich bezüglich Pflegeversorgung

Das [Pflegegesetz](#) wurde 2010 vom Kantonsrat verabschiedet und 2011 eingeführt. Es bezweckt die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen sowie mit Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP) in Pflegeheimen und durch spitalexterne Krankenpflege (Spitex). Im Kanton Zürich sind hauptsächlich die Gemeinden verantwortlich für die Pflegeversorgung und -finanzierung.

Das Pflegegesetz umfasst sieben Seiten und regelt, wie die Pflegeversorgung sichergestellt und finanziert wird. Zudem wird die Aufgabenteilung zwischen Kanton, Gemeinden sowie Leistungserbringern geregelt. Für die Zürcher Gemeinden bedeutet das Gesetz insbesondere:

- **Angebot** ([§ 3.3.](#)): Gemäss § 5 sorgen die Gemeinden für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner.
- **Finanzierung** ([§ 3.4.](#)): Gemäss § 9 Abs. 4 sind die Restkosten der Pflegeleistungen von den Gemeinden zu tragen (Restfinanzierung).

Im Pflegegesetz sind auch die Aufgaben des Kantons beschrieben. Für verschiedene kantonale Aufgaben bezüglich Pflegeversorgung ist gemäss § 2 die Gesundheitsdirektion zuständig. Das beinhaltet z.B. die Festlegung des Gemeindeanteils für die Vergütung von AÜP (§ 3, [§ 3.2.](#)), die Aktualisierung der Pflegeheimliste (§ 4 Abs. 2) oder die Festlegung der Normdefizite (§§ 16 und 17). Der Regierungsrat erlässt die Pflegeheimliste (§ 4 Abs. 1).

Im Pflegegesetz wird auch bestimmt, wie die Leistungserbringer ihre Leistungen erfassen und ihre Kosten berechnen und dass sie ihre Daten der Gesundheitsdi-

reaktion zur Verfügung stellen müssen. Gemäss Pflegegesetz müssen Leistungserbringer alle Kosten transparent aufführen und in der Rechnungsstellung unterscheiden zwischen:

- Alters-/Pflegeheim: Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Leistungen für weitere persönliche Bedürfnisse;
- Spitex/Pflegefachperson: Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen, Betreuung.

Gemäss § 5 Abs. 3 des Pflegegesetzes kann die kantonale Gesundheitsdirektion nach Anhörung der Gemeinden und Fachverbände Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung erlassen. In der [Verordnung über die Pflegeversorgung](#) wird unter Anderem festgehalten, dass jede Gemeinde ein umfassendes Pflegeversorgungskonzept erstellen muss. Im Weiteren wird darin auch das sogenannte Standardangebot bzw. das minimale Angebot für beauftragte Leistungserbringer festgelegt.

3.3. Aufgaben der Gemeinden

Bezüglich Pflegeversorgung haben die Zürcher Gemeinden gemäss Pflegegesetz folgende Pflichten mit einem gewissen Gestaltungsspielraum:

- Versorgungsplanung: Sie sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung ihrer Bevölkerung (§ 5 Abs. 1).
- Pflegefinanzierung: Sie tragen die Restkosten der Pflege (§ 9 Abs. 4).
- Weitere Pflichten sind beispielsweise ein Versorgungskonzept zu erstellen, eine Informationsstelle und Vermittlungsstelle zu betreiben oder zu benennen (§ 7 Pflegegesetz und § 3 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Pflegeversorgung).

Gemeinde sorgt für das gesamte Pflegeangebot

Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung ihrer EinwohnerInnen und stellen durch angemessene Planung die folgenden Leistungen sicher (Pflegegesetz § 5):

- a. ambulante und stationäre Pflegeleistungen gemäss Sozialversicherungsgebung des Bundes;
- b. Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss KVG;
- c. notwendige Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in Pflegeheimen;

- d. notwendige Leistungen im hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich für pflegebedürftige Personen zu Hause (nichtpflegerische Spitex-Leistungen).

Zu diesem Zweck können Gemeinden eigene Betriebe führen und/oder Dritte beauftragen, wobei es Ausnahmen geben kann.

Gemäss Verordnung über die Pflegeversorgung müssen die Gemeinden das minimale Pflegeversorgungsangebot (= Standardangebot) für ihre Bevölkerung sicherstellen und dabei die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der LeistungsbezügerInnen bewahren oder stärken und stationäre Aufenthalte möglichst vermeiden, verzögern oder verkürzen (§ 1, Grundsatz ambulant vor stationär). Der Versorgungsauftrag umfasst alle Pflegeleistungen (§ 3), auch spezialisierte Leistungen z.B. für Kinder, für Menschen mit demenziellen oder psychiatrischen Erkrankungen, für Palliative Care Leistungen.

Gemäss Verordnung über die Pflegeversorgung (PflegeVO) müssen die Gemeinden neben dem Standardangebot von Pflegeleistungen (Art. 7 KLV) zudem folgende Leistungen sicherstellen:

- Im Pflegeheim: Unterkunft und Verpflegung (§ 5 PflegeVO), Alltagsgestaltung und Betreuung (§ 6 PflegeVO);
- Durch Spitex-Organisation: nichtpflegerische Leistungen (§ 7 PflegeVO), Anspruchsberechtigung der LeistungsbezügerInnen und Verfügbarkeit der Leistungen sind in § 8 PflegeVO geregelt.

Zudem müssen die Gemeinden sicherstellen, dass die Leistungserbringer (§ 10 PflegeVO) z.B. das Patientinnen- und Patientengesetz beachten, Persönlichkeit und Privatsphäre der LeistungsbezügerInnen schützen, die Patientenverfügung besprechen und dass LeistungsbezügerInnen über wichtige Änderungen der Pflegeversorgung und -finanzierung informiert werden.

Gemeinde als Leistungserbringer oder Auftraggeber

Um diese Anforderungen des Pflegegesetzes zu erfüllen, können Gemeinden Leistungsaufträge vergeben oder eigene Betriebe führen. Sofern nachweislich ein ausreichendes Angebot besteht, kann es auch Ausnahmen geben. Die PatientInnen können die Spitex-Organisation oder das Pflegeheim frei wählen, auch wenn die Gemeinde ein eigenes Heim betreibt oder eine Spitex-Organisation beauftragt hat. In jedem Fall bleibt die Wohngemeinde zuständig für die Finanzierung

der Pflege-Restkosten. Neben den selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen sind in den Zürcher Gemeinden verschiedene Leistungserbringer tätig, die sich bezüglich Rechtsform unterscheiden.

Beispiele Rechtsform: Es gibt Spitex-Organisationen und Alters-/Pflegeheime, die als Teil der Gemeindeverwaltung betrieben werden. Immer häufiger werden sie als öffentlich-rechtliche Anstalt oder als gemeinnützige AG mit der Gemeinde als Eigentümerin oder als Verein oder Stiftung betrieben. Die gewählte Rechtsform hat keinen Einfluss auf die Leistungserbringung, solange sie zweckdienlich ausgestaltet ist. In den letzten Jahren ist die Anzahl kommerzieller Alters- und Pflegeheime und Spitex-Organisationen (GmbH oder AG) gestiegen. Sie haben meist keinen strategischen Bezug zur Gemeinde und keinen Leistungsauftrag.

Warum erteilt eine Gemeinde Leistungsaufträge? Warum nicht?

- Indem eine Gemeinde eine Spitex-Organisation oder ein Pflegeheim beauftragt, sichert sie die Pflegeversorgung ihrer Bevölkerung und delegiert ausgewählte Aufgaben an Dritte.
- Mit einem Leistungsauftrag kann eine Gemeinde gewisse Aspekte der Leistungserbringung mitgestalten und mit ihren eigenen strategischen Prioritäten in Einklang bringen.
- Gemeindeeigene bzw. beauftragte Leistungserbringer dürfen den Gemeinden höhere Pflegekosten verrechnen und teilweise gibt es weitere Verpflichtungen der Gemeinden (z.B. Defizitdeckung).
- Die gemeindeeigenen oder gemeindenahen Betriebe haben meist eine Gemeindevertretung in der Geschäftsleitung, im Stiftungsrat oder im Vorstand und üblicherweise einen Leistungsauftrag der Gemeinde.
- Wenn Gemeinden Leistungsaufträge vergeben, muss sehr sorgfältig geprüft werden, ob das Submissionsrecht anwendbar ist.

➔ [Submission Spitexleistungen](#)

Organisationen mit und ohne Leistungsauftrag der Gemeinde unterscheiden sich bzgl. Leistungen, Kosten und Finanzierung ([↗ 3.4.](#)).

Gemeinde macht die Versorgungsplanung der Pflege

Die stationäre Versorgung ist bzgl. Planung sehr anspruchsvoll. Deshalb wird im Pflegegesetz (§ 8) verlangt, dass die Gemeinde ihr Angebot an Pflegeheimplätzen nach anerkannten Methoden plant. Die Gesundheitsdirektion stellt deshalb

den Gemeinden entsprechende Grundlagen und Hinweise zur Verfügung (vgl. [Bericht zur Bedarfsentwicklung und Steuerung der stationären Pflegeplätze](#)), die auf einer Studie des OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) basieren.

Im aktuellsten Bericht von 2021 wurde der prognostizierte Bedarf an Pflegeplätzen gegenüber früheren Prognosen für 2040 deutlich nach unten korrigiert. In einzelnen Bezirken werden nach wie vor Überkapazitäten prognostiziert.

Wer im Kanton Zürich eine Pflegeinstitution betreiben möchte, benötigt eine [Betriebsbewilligung der Gesundheitsdirektion](#) (bzw. der Abteilung Bewilligungen & Aufsicht des Amts für Gesundheit). Wenn die Voraussetzungen (z.B. Trägerschaft, Infrastruktur, Personal, Konzepte) erfüllt sind, wird die Bewilligung unabhängig vom Bedarf und ohne Mitsprache der Gemeinde erteilt.

Für die Gemeinden gibt es bezüglich Bedarfsprognose, Versorgungsplanung und Überkapazitäten verschiedene Herausforderungen ([↗ 3.5.](#)).

☆ GeKoZH [Bericht](#) zur Versorgungsplanung (2022)

Gemeinde übernimmt die Restkosten der Pflege

Die Kosten von Pflegeleistungen werden übernommen von ([↗ 3.4.](#)):

- LeistungsbezügerInnen: begrenzte Eigenbeteiligung;
- Obligatorische Krankenpflegeversicherung: fixe Beiträge pro Pflegestunde oder Pfl egetag (nach Pflegebedarfsstufen);
- öffentliche Hand: Restfinanzierung, im Kanton Zürich die Wohngemeinde.

Der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim begründet keine neue Finanzierungszuständigkeit (§ 9 Abs. 5 Pflegegesetz) und die ursprüngliche Wohngemeinde bleibt zuständig für die Restkostenfinanzierung. Der zivilrechtliche Wohnsitz kann – muss aber nicht – an den Standort des Pflegeheims verschoben werden.

Beispiel: Die ursprüngliche Wohngemeinde bleibt zuständig für die Finanzierung der Pflegerestkosten. Das ist in der Regel auch der Fall, wenn jemand vorübergehend bei Angehörigen wohnt und dort Spitexleistungen erhält oder wenn eine Leistungsbezügerin ausserkantonale in ein Heim will (bezüglich interkantonalen Zuständigkeit gilt Art. 25a Abs. 5 KVG). Dann gelten maximal die Normdefizite des Kantons Zürich.

Da der Kanton Zürich einen der höchsten Tarife hat, sind die Restkosten der anderen Kantone tiefer und daher meist kein Problem. Die Leistungserbringer stellen die Rechnung für die Restkosten der ursprünglichen Wohngemeinde.

Die Gemeinde muss Rechnungen für Pflegefälle anfänglich auf die Zuständigkeit hin klären und danach regelmässig kontrollieren und bezahlen. Die Gemeinden sind ganz unterschiedlich organisiert, je nachdem sind Fachpersonen der Abteilung Gesundheit, Abteilung Gesellschaft/Soziales oder Abteilung Finanzen zuständig. Wie die Pflegekosten berechnet werden, wird weiter unten erklärt (🔗 3.4.).

Die Gemeinde trägt auch einen Teil der Kosten von ➔ **nichtpflegerischen Spitex-Leistungen** und ➔ **Ergänzungsleistungen**. Zudem kann jemand, der Hilfe für die alltäglichen Lebensverrichtungen benötigt, bei der IV bzw. AHV ➔ **Hilflosenentschädigung** beantragen. Eine individuelle Abklärung solcher Ansprüche ist sinnvoll und eine ganzheitliche Sichtweise der Gesamtkosten ist für Gemeinden wichtig (🔗 3.6.).

Gemeinde informiert über die Pflegeversorgung

Gemäss Verordnung über die Pflegeversorgung (§ 3 Abs. 2) müssen die Gemeinden ein umfassendes Versorgungskonzept erstellen. Dieses beschreibt das Leistungsangebot der Pflegeversorgung in der Gemeinde sowie die Nahtstellen zwischen der ambulanten und stationären Pflegeversorgung und den Nahtstellen zwischen Pflege- und Akutversorgung.

Gemäss Pflegegesetz (§ 7) muss die Gemeinde eine kommunale Informationsstelle bezeichnen, die Auskunft über das generelle und aktuell verfügbare Pflegeversorgungsangebot erteilt. Diese Stelle muss die Gemeinde bei der Bevölkerung bekannt machen.

Die kommunale Informationsstelle kann durch die Gemeinde selbst betrieben werden (z.B. Altersbeauftragte, Fachstelle für das Alter) oder durch Dritte (z.B. Nachbargemeinde, Spitex-Organisation, Pflegeheim, Beratungsstelle Pro-Senectute). Neben der allgemeinen Information kann diese Stelle die EinwohnerInnen bei konkreten Fragen rund ums Leben und Wohnen im Alter beraten (🔗 Kapitel 4 und 🔗 3.6. Good Practice Gemeinden).

Die Informationsstelle kann Pflegeleistungen vermitteln und muss dabei unbedingt die Wahlfreiheit der LeistungsbezügerInnen respektieren. Das heisst, dass die Informationsstelle sowohl eigene oder beauftragte als auch nichtbeauftragte

Leistungserbringer bekannt machen muss – eine Wettbewerbsbehinderung ist zu vermeiden. Auf jeden Fall muss eine geeignete Stelle kurzfristig Pflegeleistungen vermitteln, insbesondere auch, wenn z.B. die beauftragte Spitex die Leistungen nicht selbst erbringen kann.

Beispiel: In der Kommunikation mit Betroffenen ist die Wahlfreiheit sehr wichtig. Dabei muss gleichzeitig erwähnt werden, dass, wenn freiwillig auf ein kommunales Angebot verzichtet wird, die LeistungsbezügerInnen etwaige Mehrkosten (z.B. Auswärtigenzuschlag) selbst bezahlen müssten. Vor Eintritt in ein Heim sollten Betroffene das abklären und bei Bedarf mit dem Amt für Zusatzleistungen bzw. mit der Gemeinde Rücksprache halten.

Pflichten anderer Akteure in der Pflegeversorgung

Gesundheitsdirektion (GD)

- GD hat die gesundheitspolizeiliche Oberaufsicht der Leistungserbringer und ist Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde;
- GD aktualisiert die Pflegeheimliste und kann Vorschriften zur Planung von Pflegeheimplätzen erlassen;
- GD ermittelt das Normdefizit für Spitex-Organisationen und Pflegeheime;
- GD legt den Anteil der Gemeinden an der Vergütung der AÜP fest;
- GD erlässt die Verordnung über die Pflegeversorgung.

Bezirksrat

- Bezirksrat hat die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Leistungserbringer;
- Bezirksrat macht Visitationen bei den Leistungserbringern und erstattet der Direktion jährlich Bericht;
- jede Person kann mittels Aufsichtsbeschwerde an den Bezirksrat gelangen, wenn sie bei einer öffentlichen Aufgabe einen Missstand feststellt.

Krankenpflegeversicherung

- Die Versicherer prüfen die Rechnungen der Leistungserbringer und bezahlen ihren Beitrag direkt an die Leistungserbringer.
- Aufgrund des Datenschutzes ist der systematische Abgleich der Rechnungen zwischen den Versicherern und Gemeinden aktuell nicht möglich.

Leistungserbringer (LE)

- LE dürfen nur mit Bewilligung der GD tätig sein und erbringen ihre Leistungen nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung und erfüllen die Mindestanforderungen an qualitätssichernden Massnahmen.
- LE müssen transparente Rechnungen ausstellen, unterteilt nach Pflegekosten, Hotellerie, Betreuung, Weiteres.
- LE führen eine Kostenrechnung gemäss geltender Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) und verbindlich vorgegebenen Kostenrechnungsvorgaben (vgl. Handbuch Kostenrechnung Curaviva und Finanzmanual des Spitex Verbands CH).

3.4. Kosten und Finanzierung

Die Gemeinde ist verantwortlich für die Pflegeversorgung und trägt einen grossen Anteil der Pflegekosten.

★ [Praxisleitfaden](#) Pflegefinanzierung in den Gemeinden (vzgv)

★ Kurse Pflegefinanzierung, Praxishilfe für Gemeinden (vzgv)

★ [Broschüre](#) der GD zur Pflegefinanzierung

Kosten Pflegeversorgung Kanton Zürich

Schätzungsweise belaufen sich die Gesundheitsausgaben im Kanton Zürich auf 15 Mia. Fr. jährlich. Die öffentliche Hand trägt einen Teil der OKP-Kosten, im Fall der Pflegeversorgung sind es die Gemeinden. Seit 2012 ist der Gemeindeanteil von 357 Mio. Fr. laufend gestiegen und 2020 betrug er 644 Mio. Fr. (vgl. [RRB](#) 5849/2022).

Kostenträger

Die Pflegekosten werden von drei Kostenträgern finanziert: den LeistungsbezügerInnen, der Krankenpflegeversicherung (OKP) und der Gemeinde.

Das Normdefizit und die Restkosten

Damit Leistungserbringer möglichst wirtschaftlich arbeiten, werden die Normkosten aller Leistungserbringer ermittelt und zwar separat für stationäre und ambulante Leistungserbringer. Die Gemeinden tragen i. d. R. die Restkosten oder

aber maximal das Normdefizit, das sich aus den Normkosten der Pflegeleistungen abzüglich der fixen Beiträge der LeistungsbezügerInnen und OKP ergibt. Das Normdefizit ist der Beitrag, den die Gemeinde einem Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag maximal für Pflegeleistungen bezahlen muss.

Festlegung Normdefizit

Das Normdefizit wird jedes Jahr von der Gesundheitsdirektion für das kommende Beitragsjahr neu festgelegt und basiert auf den Pflegevollkosten aller Leistungserbringer des vorangehenden Rechnungsjahrs. Die GD erhebt von den Leistungserbringern die entsprechenden Daten. In ihren [Kreisschreiben](#) veröffentlicht die GD die geltenden Normdefizite für ein Jahr.

Beispiel: Im Jahr 2022 gelten Tarife, die von der GD im Sommer 2021 kommuniziert wurden. Diese hat die GD anhand von Daten aus dem Jahr 2020 berechnet. Es gibt also immer eine zweijährige Verzögerung.

Wichtige Grundsätze und Ausnahmen

- Gemeindeeigene oder beauftragte Leistungserbringer erhalten gemäss Pflegegesetz von den Gemeinden die effektiven Pflegerestkosten vergütet (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz). Die Gemeinden können in ihren Leistungsvereinbarungen ihren Beitrag pauschalieren, sofern das beauftragte Pflegeheim damit einverstanden ist. Mit einem beauftragten Leistungserbringer können in der Leistungsvereinbarung auch für den Fall von Verlusten oder Gewinnen Regelungen getroffen werden.
- Das Normdefizit als obere Grenze ist für nichtbeauftragte Leistungserbringer vorgesehen. Falls ein nichtbeauftragter Leistungserbringer günstiger als die Normkosten arbeitet, kann die Gemeinde die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung (d.h. Vollkosten) vergüten. Im Kanton Zürich stellen die Leistungserbringer ihre Rechnung jedoch meist anhand des geltenden Normdefizits.
- Falls die Gemeinde innerhalb nützlicher Frist kein geeignetes Pflegeangebot vermitteln kann, muss sie auch die Mehrkosten der Leistungserbringung tragen (§§ 6 und 14 Pflegegesetz). Falls LeistungsbezügerInnen das vermittelte, angemessene bzw. zumutbare Angebot ausschlägt, muss sie oder er allfällige zusätzliche Kosten selbst tragen.
- In jedem Fall müssen die Pflegekosten eindeutig von anderen Kosten abgegrenzt werden. Es ist z.B. nicht zulässig, dass Einkünfte aus anderen Bereichen

(wie beispielsweise Hauswirtschaft, Betreuung, Hotellerie) die Pflege quersubventionieren oder umgekehrt.

- Die von der öffentlichen Hand geführten bzw. beauftragten Heime dürfen für Hotellerie und Betreuung maximal kostendeckende Tarife verrechnen (§ 12 Abs. 2 Pflegegesetz). Sie müssen das nachweisen, indem sie die jeweiligen Kosten und Erträge für Hotellerie und Betreuung separat berechnen. Länger andauernde Ertragsüberschüsse, die 5 % überschreiten, müssen innert nützlicher Frist durch Tarifsenkungen ausgeglichen werden.
- Es ist nicht zulässig, Spitexleistungen in einem Pflegeheim zu finanzieren. Für diese Situationen, z.B. wenn eine Bewohnerin am Lebensende die spezialisierte Palliative Care Spitex braucht, müssen andere Lösungen gefunden werden. Viele Gemeinden tragen diese Kosten deshalb vollständig.
- Die Kosten der AÜP tragen OKP und Gemeinde ohne Patientenbeteiligung.

➔ Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Kosten und Finanzierung der ambulanten Pflegeversorgung

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) verlangt eine umfassende Bedarfsermittlung durch eine qualifizierte Pflegefachperson (KLV A Leistung). Diese erfolgt mit einem standardisierten Instrument – üblicherweise [interRAI](#) – und die Pflege wird entsprechend geplant. Die Pflegeleistungen werden erfasst und im Fünfminutentakt abgerechnet, pro Einsatz mindestens 10 Minuten. Sie bilden die Basis der monatlichen Rechnungsstellung an die Kostenträger:

- Die Patientenbeteiligung pro Pflegetag ist i. d. R. unabhängig vom Umfang der Pflege.
- Die OKP bezahlt fixe Tarife pro Stunde und Leistungskategorie A, B, C.
- Die öffentliche Hand bezahlt die Restkosten (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz) resp. die vereinbarten Tarife pro Stunde und Leistungskategorie A, B, C für die unterschiedlichen Leistungserbringer. Für nichtbeauftragte Leistungserbringer müssen die Gemeinden die effektiven ungedeckten Pflegekosten übernehmen, jedoch maximal im Umfang des kantonalen Normdefizits (§§ 15 Abs. 2 und 3 und 17 Pflegegesetz).

Berechnung Normdefizit

Gemäss Pflegegesetz müssen Spitex-Organisationen eine Kostenrechnung führen, anhand derer die Gesundheitsdirektion die anrechenbaren Vollkosten jeder Spitex-Organisation ermittelt. Diese bilden die Grundlage für die Berechnung der

Normkosten pro Stunde für KLV A/B/C Leistungen und erfolgen je separat für Spitex-Organisationen mit oder ohne Leistungsauftrag und für selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen. Die Normkosten abzüglich des OKP-Beitrags ergeben das Normdefizit. Die effektiv vom Leistungserbringer (gegenüber den PatientInnen) in Rechnung gestellten Patientenbeteiligungen müssen bei der Rechnungsstellung an die Gemeinde in Abzug gebracht werden. Das Normdefizit zeigt die wirtschaftliche Leistungserbringung für beauftragte und nichtbeauftragte Leistungserbringer auf.

Beispiel 2022: Normdefizite für beauftragte Spitex-Organisation

	Normkosten Std./Fr.	Beiträge OKP	Normdefizit Std./Fr.**	Patienten- beteiligung***
KLV A	157.97	76.90	81.05	max. 7.65/Tag
KLV B	148.42	63.00	85.40	max. 7.65/Tag
KLV C	133.16*	52.60	80.55	max. 7.65/Tag

*Inkl. Zuschlag Ausbildungsverpflichtung, **Normdefizit wird gerundet auf 5 Rp. ***Die Patientenbeteiligung wird bei der Rechnungsstellung an die Gemeinde abgezogen.

Beispiel 2022: Normdefizite für nichtbeauftragte Spitex-Organisation

	Normkosten Std./Fr.	Beiträge OKP	Normdefizit Std./Fr.**	Patienten- beteiligung***
KLV A	106.88	76.90	30.00	max. 7.65/Tag
KLV B	91.85	63.00	28.85	max. 7.65/Tag
KLV C	82.81*	52.60	30.20.	max. 7.65/Tag

*Inkl. Zuschlag Ausbildungsverpflichtung, **Normdefizit wird gerundet auf 5 Rp. ***Die Patientenbeteiligung wird bei der Rechnungsstellung an die Gemeinde abgezogen.

Weshalb sind die Kosten von beauftragten Spitex-Organisationen höher?

Die PatientInnen können frei wählen zwischen beauftragten oder nichtbeauftragten Spitex-Organisationen. Eine sogenannte Privat-Spitex kann Fälle ablehnen, hingegen muss die beauftragte Spitex-Organisation alle zugewiesenen Fälle übernehmen. Das heisst z.B. Einsatz innerhalb weniger Stunden, Einsätze mit langen Wegzeiten oder kurze Einsätze. Sie müssen auch komplexe Pflegeleistungen erbringen können und auch nichtpflegerische Leistungen erbringen. Die Vorhalteleistungen, höheren Personalkosten etc. erklären die höheren Kosten einer beauftragten Spitex-Organisation.

Tarife für nichtpflegerische Spitex-Leistungen

Die Spitex-Tarife für Hauswirtschaft und Betreuung durch beauftragte Spitex-Organisationen variieren. Je nach wirtschaftlicher Lage der LeistungsbezügerInnen müssen die Gemeinden diese Kosten mindestens zur Hälfte übernehmen (§ 13 Pflegegesetz).

Beispiel Tarif, Spitex Stadt Zürich: Je nach wirtschaftlicher Lage werden den LeistungsbezügerInnen zwischen 31 Fr. und 44 Fr. pro Stunde verrechnet, die Gemeinde übernimmt die verbleibenden Kosten (mindestens 44 Fr. pro Stunde).

Kosten und Finanzierung der stationären Pflegeversorgung

Der Pflegebedarf im stationären Bereich wird anhand von standardisierten Instrumenten (z.B. [BESA](#), RAI) ermittelt. Jede Stufe entspricht einem Pflegeaufwand von 20 Minuten pro Tag, auf Stufe 3 wäre das demnach eine Stunde bzw. bis zu 60 Minuten pro Tag. Die Pflegebedarfsstufen bilden die Basis für die Rechnungsstellung an die Kostenträger:

- Patientenbeteiligung pro Tag grundsätzlich maximal 23 Fr./Tag, ausser das Ergebnis der in Rechnung gestellten Pflegekosten, abzüglich des Beitrags der Krankenversicherer, ergäbe einen tieferen Betrag als die Patientenbeteiligung (z.B. Pflegebedarfsstufe 1).
- Die OKP bezahlt fixe Tarife für die Pflegebedarfsstufen 1-12.
- Die öffentliche Hand bezahlt die Restkosten. Für nichtbeauftragte Leistungserbringer müssen die Gemeinden die effektiven ungedeckten Pflegekosten übernehmen, jedoch maximal im Umfang des kantonalen Normdefizits pro Stufe (§§ 15 Abs. 1 und 3 und 16 Pflegegesetz).

Berechnung Normdefizit

Gemäss Pflegegesetz müssen die Alters- und Pflegeheime eine Kostenrechnung führen, anhand derer die Gesundheitsdirektion den Medianwert berechnet (50. Perzentil = die Hälfte der Leistungserbringer hat tiefere Kosten und die andere Hälfte hat höhere Kosten). Der Medianwert entspricht den Normkosten, anhand derer das Normdefizit berechnet wird.

Beispiel 2022: Normdefizite für stationäre Pflegekosten, Auszug

	Normkosten Tag/Fr.	Beiträge OKP	Patientenbeteiligung pro Tag	Normdefizit Std./Fr.**
Stufe 1	16.80	9.60	7.20	0.00
...				
Stufe 3	80.78	28.80	23.00	29.00
...				
Stufe 6	176.76	57.60	23.00	96.15
...				
Stufe 9	272.73	86.40	23.00	163.35
....				
Stufe 12	368.71	115.20	23.00	230.50

Stufe 12 gilt für Personen mit Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten, der Beitrag der OKP ist ab Stufe 12 auf aktuell Fr. 115.20 pro Tag limitiert und die Gemeinden übernehmen die Restkosten.

Erhalten beauftragte Alters- und Pflegeheime höhere Pflegebeiträge?

Die Restkosten können über oder unter dem Normdefizit liegen:

- Gemeindeeigene oder beauftragte Leistungserbringer erhalten gemäss Pflegegesetz von den Gemeinden die effektiven Pflegerestkosten vergütet (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz). Die Gemeinden können in ihren Leistungsvereinbarungen ihren Beitrag pauschalieren, sofern das beauftragte Pflegeheim damit einverstanden ist. In der Praxis berechnen die Leistungserbringer anhand ihrer Kostenrechnung die effektiven Pflegerestkosten.
- Heime ohne Leistungsvereinbarung stellen den Gemeinden die Pflegerestkosten in Rechnung, maximal die Normdefizite. Falls ein nichtbeauftragtes Heim seine Pflegeleistungen in einem Jahr nicht kostendeckend erbringt, macht es Verlust. Umgekehrt kann ein Heim in einem Jahr auch Gewinne erzielen, falls es das Normdefizit verrechnet. In diesem Fall könnte die Gemeinde aber die tatsächlich tieferen Pflegerestkosten des Leistungserbringers bezahlen.
- Mit beauftragten bzw. gemeindeeigenen Pflegeheimen können die Gemeinden höhere Pflegebeiträge vereinbaren. Das Normdefizit dient hier als Richtwert, an dem sich die Verhandlungen orientieren. Diese Leistungsvereinbarungen umfassen z.B. Notfälle und kurzfristige Eintritte, komplexe bzw. schwere Pflegefälle, spezialisierte Leistungen (Demenz, Psychiatrie). Grundsätzlich können die gemeindeeigenen oder beauftragten Heime der Gemeinde auf den vollen Restkosten bestehen (§ 9 Abs. 4 Pflegegesetz).

- Die beauftragten oder gemeindeeigenen Heime dürfen ihren Bewohnenden aus der jeweiligen Gemeinde jedoch höchstens kostendeckende Taxen für Hotellerie und Betreuung verrechnen (§ 12 Abs. 2 Pflegegesetz). Pflegeheime ohne Leistungsauftrag können ihre Preise für Hotellerie und Betreuung frei gestalten.

Kosten für MiGeL Produkte

Produkte aus der MiGeL (Mittel- und Gegenständeliste) werden in der Pflege benötigt und umfassen beispielsweise Inkontinenzmaterial, Verbandsmaterial, Sauerstoffgeräte. Diese Kosten werden seit Herbst 2021 wieder grundsätzlich von der OKP getragen. ➔ [MiGeL-Kosten](#)

Weitere Taxen von Alters- und Pflegeheimen

Die Kosten für Verpflegung und Unterkunft (Hotellerie) sowie Alltagsgestaltung und Betreuung gehen vollumfänglich zu Lasten der LeistungsbezügerInnen und werden ihnen direkt in Rechnung gestellt. Diese Kosten variieren nach Angebot (z.B. Heimbetreiber, Lage der Institution) und Inanspruchnahme (z.B. Grösse und Komfort des Zimmers, Ausmass Betreuung). Reicht das Einkommen der Bewohnenden nicht aus für die Taxen des Alters- und Pflegeheims, decken die Zusatz- bzw. Ergänzungsleistungen die Differenz, soweit die Voraussetzungen für den Bezug solcher Leistungen erfüllt sind. ➔ [Ergänzungsleistungen](#)

Beispiel: Kosten für Alters- und Pflegeheim ohne Pflegekosten: Im Kanton Zürich kostet ein Einzimmer mit Nasszelle durchschnittlich 155 Fr. pro Tag und die Betreuung durchschnittlich 45 Fr. pro Tag. Total sind das pro Person rund 6000 Fr. pro Monat. Im Kanton Zürich betragen die über Ergänzungsleistungen anrechenbaren Heimtaxen aktuell maximal 255 Fr. pro Tag für Hotellerie, Betreuung, Patientenbeteiligung an den Pflegekosten.

3.5. Herausforderungen und Trends

Bezüglich Pflegeversorgung gibt es zahlreiche Herausforderungen, die wichtigsten, die auch die Gemeinden betreffen, werden hier kurz benannt und auf Handlungsmöglichkeiten für Gemeinden hingewiesen. Gesellschaftliche Trends, Fehlansätze im Finanzierungssystem und mangelnde Gesamtsicht sind die grössten Herausforderungen, denen die Gemeinden nicht einzeln begegnen können.

Die ältere Bevölkerung wächst und die Pflegekosten steigen weiter

Die Pflegekosten sind in den letzten Jahren aufgrund des wachsenden Anteils von alten, pflegebedürftigen Menschen laufend gestiegen. Die Gemeinden tragen als Restkostenträger den grössten Teil des Kostenanstiegs.

Die stationären Pflegekosten sind seit 2012 von jährlich unter 600 Mio. Fr. bis 2020 auf jährlich knapp 800 Mio. Fr. gestiegen. Bereits zwei Jahre nach der Einführung der Pflegefinanzierung übernahmen die Gemeinden den grössten Anteil der stationären Pflegekosten; im 2020 ist der Gemeindeanteil auf rund 50 %, bzw. rund 400 Mio. Fr. im Jahr angestiegen. Im gleichen Zeitraum haben sich die ambulanten Pflegekosten auf tieferem Niveau von jährlich 150 Mio. Fr. auf rund 375 Mio. Fr. mehr als verdoppelt. Der Anteil der OKP und der Gemeinden ist mit ca. 50 % ähnlich hoch geblieben.

Gemäss Bevölkerungsprognosen wächst der Anteil der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter und damit nehmen auch die Pflegekosten zu. Die finanzielle Belastung der Zürcher Gemeinden durch die steigenden Pflegekosten wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Die Pflegefinanzierung ist im Wandel und bleibt anspruchsvoll

Die Gemeinden sind seit 2011 für die Pflegeversorgung zuständig und haben seither sehr viel Fach- und Praxiswissen aufgebaut. Der Aufwand z.B. für das Controlling und die Aufrechterhaltung des Know-hows ist beträchtlich, insbesondere in kleinen Gemeinden. Durch die Weiterentwicklung von Wissen und Methoden und den Austausch unter den kommunalen Fachpersonen und den politisch Verantwortlichen können die Gemeinden viele ihrer Aufgaben innerhalb des Systems auch künftig meistern. Mit Blick auf die nächsten Jahre sollten weitere Herausforderungen im Kanton Zürich gemeinsam angegangen werden, z.B. durch eine Zusammenarbeit von Gemeinden, Leistungserbringern, Gesundheitsdirektion, weiterer Stakeholder.

Auf nationaler Ebene wird seit einiger Zeit eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen der Krankenversicherung gefordert (EFAS). Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) fordert zusätzlich den Einbezug der Pflegeleistungen (EFAS+). Durch eine Umsetzung könnte sich die separate Pflegefinanzierung durch die öffentliche Hand erübrigen. Die Umsetzung einer solchen Finanzierung ist komplex, weshalb das

Geschäft schon seit längerer Zeit im Parlament bzw. dessen Kommissionen diskutiert wird.

☆ GeKoZH erarbeitet einen Bericht zur Pflegefinanzierung aus Gemeindeperspektive (erhältlich Ende 2022).

Schwierige Prognosen und wenig Koordination in der Versorgungsplanung

Im Kanton Zürich wird ein Überangebot an Pflegeplätzen prognostiziert und ein hoher Anteil an Heimaufenthalten bei geringem Pflege- und Betreuungsbedarf festgestellt. Beides kann zu höheren Pflegekosten führen.

Für Gemeinden ist die Versorgungsplanung für stationäre Pflegeplätze anspruchsvoll und insbesondere für kleine Gemeinden schwierig. Auch die bisherige Bewilligungspraxis für neue Alters- und Pflegeheime durch die Gesundheitsdirektion, die unabhängig von Bedarf und eigentlich ohne Mitsprache der Standortgemeinden stattfindet, führt zu einer Planungsunsicherheit für die Gemeinden.

☆ GeKoZH [Bericht](#) zur Versorgungsplanung (2022)

Fachkräftemangel in der Pflege

Angesichts des steigenden Pflegebedarfs wird der Fachkräftemangel in der Pflege eine zunehmende Herausforderung und die Gemeinden sind mitbetroffen. Schon länger gibt es dazu Bemühungen von Kanton (z.B. Ausbildungspflichtung der Betriebe um neue Pflegefachkräfte zu gewinnen) und Leistungserbringern (z.B. bessere Arbeitsbedingungen um Pflegefachkräfte im Beruf zu halten). Mit Annahme der Pflegeinitiative werden zusätzliche Massnahmen umgesetzt. Politik und Verbände fordern eine rasche Umsetzung (vgl. Kapitel 1).

Hilfe- und Betreuungsleistungen sind grundsätzlich nicht finanziert

Pflegebedürftige Menschen sind meist auch auf Hilfe und Betreuung angewiesen. Diese müssen die Betroffenen selbst organisieren und meist auch selbst bezahlen, wobei sich aber die Gemeinden bei eigenen oder beauftragten Spitex-Organisationen je nach wirtschaftlicher Lage der LeistungsbezügerInnen an den Kosten von notwendigen Hilfe- und Betreuungsleistungen mindestens zur Hälfte beteiligen müssen (§ 13 Pflegegesetz). An- und Zugehörige leisten sehr viel unbezahlte Arbeit und um eine Überforderung der betreuenden An- und Zugehörigen zu vermeiden, sind Entlastungsangebote notwendig.

Ohne diese Betreuung, z.B. wenn Angehörige überlastet sind, bei Menschen ohne Angehörige, Menschen mit geringem Einkommen/Vermögen, steigen die Chancen auf einen frühzeitigen Heimeintritt (meist auf Kosten von Ergänzungsleistungen für Hotellerie- und Betreuungstaxen). Gesellschaftliche Trends wie beispielsweise Zunahme an Single-Haushalten, Menschen ohne An- und Zugehörige in der Nähe oder Arbeitstätigkeit der An-/Zugehörigen erhöhen diese Chancen.

☆ Zu dieser Thematik gibt es Vorstösse auf nationaler und kantonaler Ebene und die Paul Schiller Stiftung befasst sich mit [gute Betreuung im Alter](#).

3.6. Handlungsspielraum der Gemeinden

Gemeinden können die Alterung ihrer EinwohnerInnen nicht beeinflussen, aber sie haben verschiedene Handlungsmöglichkeiten, um den Anstieg des Pflegebedarfs etwas zu bremsen:

- Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde ([Kapitel 2](#));
- Weitsichtige und vernetzte Alterspolitik, z.B. mit Altersleitbild, -strategie, -konzept ([Kapitel 4](#));
- Neuorientierung bzw. Weiterentwicklung von Angeboten in der Gemeinde und hauptsächlich eine Stärkung im vorstationären Bereich inkl. Betreuung.

☆ Neue Pflegefinanzierung: Auswirkungen auf Gemeinden.

[Buchbeitrag von Michael Frei et al. \(2017\)](#)

Jedoch ist aufgrund der demografischen Entwicklung nicht mit einer Reduktion der Pflegekosten zu rechnen. Seit 2011 haben die Zürcher Gemeinden bezüglich Pflegeversorgung grosses Fach- und Praxiswissen aufgebaut, insbesondere:

- zuverlässige Prozesse und Instrumente im Controlling der Pflegefinanzierung;
- neue Ansätze und Methoden für die Versorgungsplanung der Gemeinde, eines Gemeindeverbands oder Bezirks.

Die Gemeinden tun das, um ihre Aufgaben in der Pflegeversorgung effizient und zugunsten der Bevölkerung zu bewältigen, die Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen und die steigenden Pflegekosten abzufedern.

Handlungsspielraum der Gemeinden im ambulanten Bereich

Die Gemeinden können die ambulante Pflegeversorgung und die kommunale Altersarbeit bzw. Alterspolitik und insbesondere das Wohnen im Alter stärken

([Kapitel 4](#)). Die ökonomische Erwartung ist, dass Investitionen im vorstationären Bereich (d.h. Gesundheitsförderung, Prävention, Wohnen im Alter, ambulante Versorgung) mittel- und langfristig zu Einsparungen im stationären Bereich führen.

Beispiele: Die Gemeinden können ihre Informationsstelle stärken und Beratungen für verschiedene Lebensbereiche im Alter anbieten, wie z.B. hindernisfreies Wohnen, Finanzierungsfragen, Koordination Versorgung (z.B. mit Spitex), Nachbarschaftshilfe organisieren. Gleichzeitig können die Gemeinden soziale Orte der Gemeinschaft initiieren, in denen Veranstaltungen und Kurse für SeniorInnen durchgeführt werden. Das mit dem Ziel, dass älteren Menschen durch Begleitung, Beratung und soziale Teilhabe sowie aktive Mitgestaltung ein längerer Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglicht wird.

Durch eine (mit-)finanzierte Betreuung zu Hause könnten frühzeitige Heimeintritte reduziert werden, was meist den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht. Eine Mitfinanzierung von Betreuungsleistungen zu Hause («betreutes Wohnen») über Ergänzungsleistungen wird deshalb politisch diskutiert und in einzelnen Gemeinden bereits erprobt.

☆ [Dossier](#) Gute Betreuung im Alter

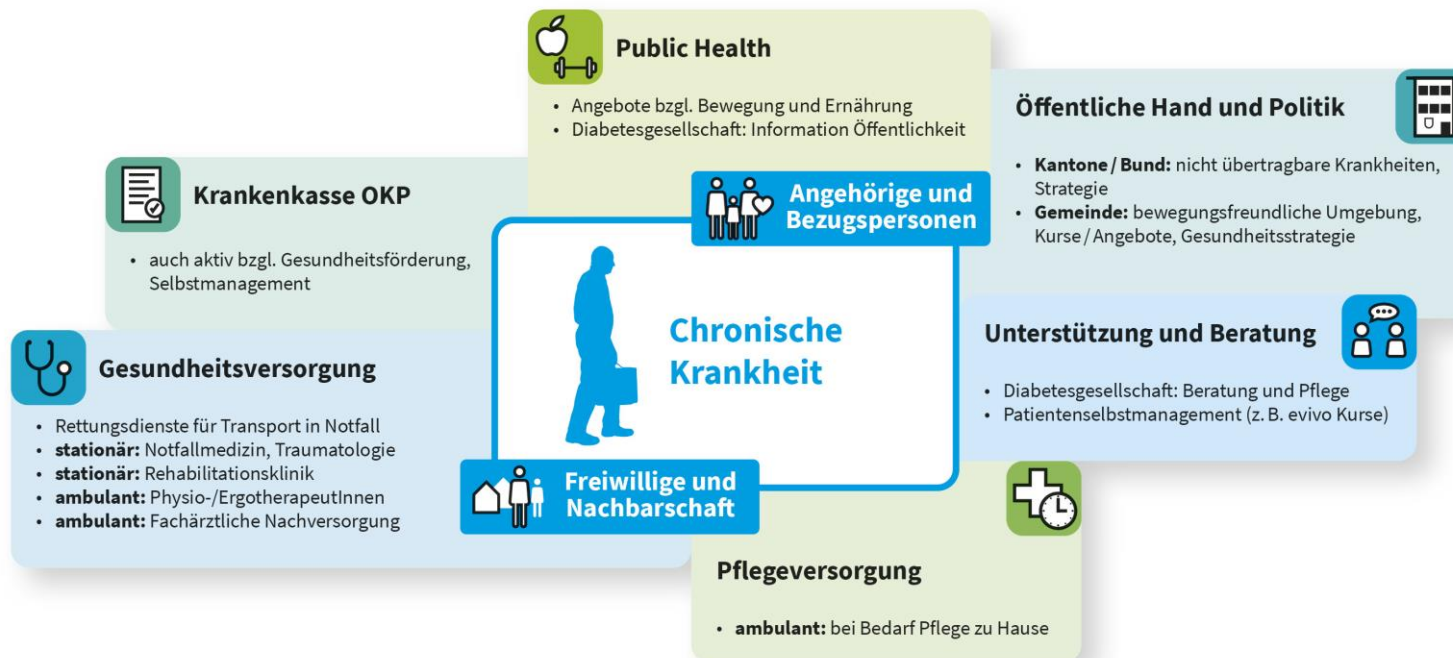
Handlungsspielraum der Gemeinden im stationären Bereich

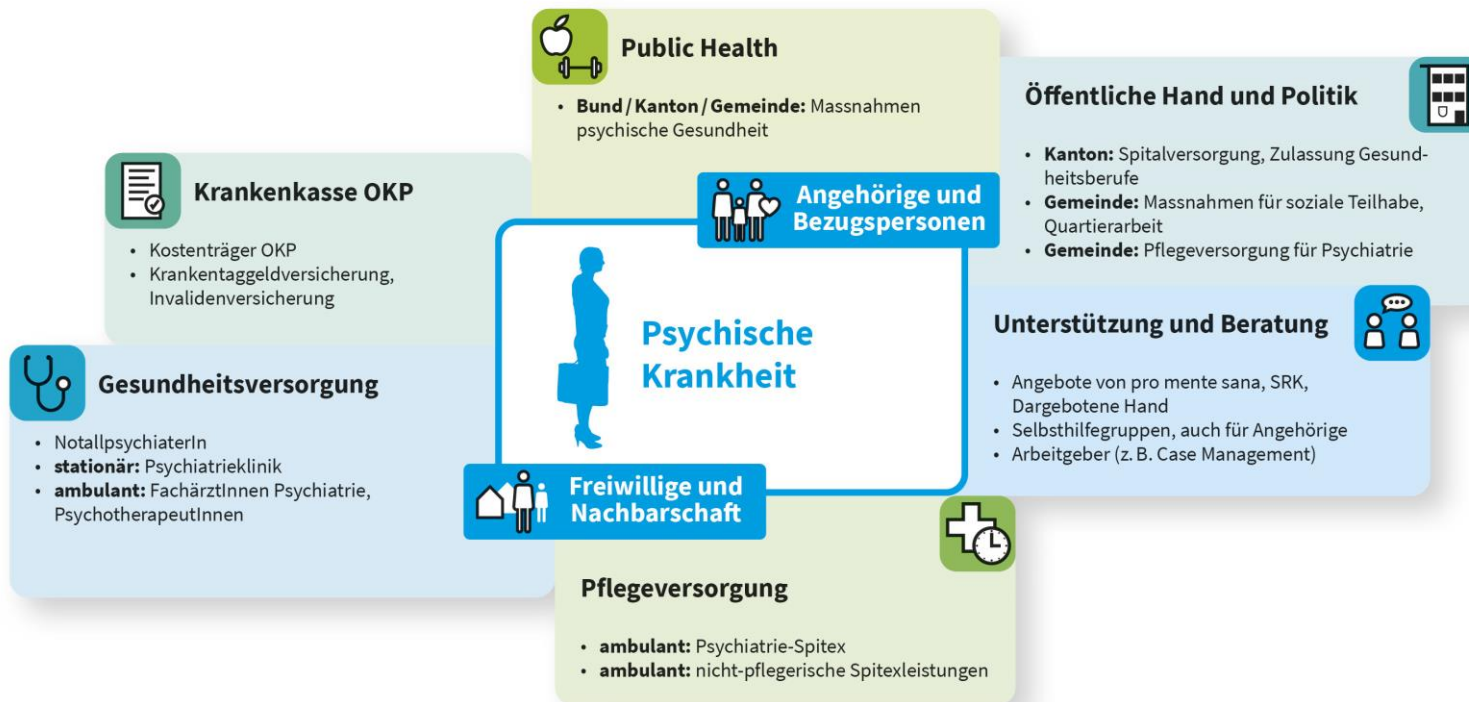
Auch im stationären Bereich haben die Gemeinden einen gewissen Spielraum. Das beginnt bei der Frage, ob man als Gemeinde selber Alters- und Pflegeheime führt oder mit den privaten Heimen Leistungsvereinbarungen abschliesst oder ob nachweislich ein ausreichendes Angebot besteht.

Beispiele: Die Gemeinden sind verantwortlich für eine bedarfs- und fachgerechte Pflegeversorgung und können für sich klären, was sie als bedarfsgerecht erachten. Gemäss dem Grundsatz ambulant vor stationär kann eine Gemeinde anhand von Leistungsvereinbarungen mit Pflegeheimen die Modalitäten der Zusammenarbeit regeln. Dazu gehören auch Eintrittsprozess, Informationsaustausch zur Auslastung, Zahlungsmodalitäten. Für spezialisierte Pflege können sich mehrere Gemeinden koordinieren, ein passendes Angebot gemeinsam planen und entsprechende Leistungsvereinbarungen abschliessen.

Die GeKoZH hat [Empfehlungen für eine bessere Versorgungsplanung](#) und bedarfsorientierte Bewilligungspraxis formuliert. Eine bessere Koordination unter Gemeinden und mit dem Kanton könnte einen wichtigen Fortschritt bei der Ver-

sorgungsplanung von stationären Pflegeplätzen bedeuten. Die Gesundheitsdirektion hat den Handlungsbedarf erkannt und plant ein Projekt mit Einbezug der Gemeinden.









KAPITEL 4: LEBEN IM ALTER

Das Alter ist ein wichtiges Querschnittsthema, bei dem die Zürcher Gemeinden nur wenige Pflichten, aber einen grossen Gestaltungsspielraum haben. Kapitel 4 behandelt die wichtigsten Aspekte aus Gemeindesicht und zeigt weiterführende Ressourcen auf. Mit der wachsenden älteren Bevölkerung wird die kommunale Alterspolitik zunehmend bedeutsam und kann mittelfristig dazu beitragen, die Ausgaben für die Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung zu bremsen.

Inhalt

4.1. Facts & Figures.....	37
4.2. Gesetzesgrundlagen.....	39
4.3. Aufgaben der Gemeinden.....	40
4.4. Herausforderungen und Trends.....	42
Anhang: Glossar.....	44



4.1. Facts & Figures

Das Alter ist ein wichtiges Querschnittsthema und betrifft v.a. die Bereiche Soziales, Wohnen und Gesundheit. Auf kantonaler Ebene ist hauptsächlich das kantonale Sozialamt der Sicherheitsdirektion aktiv. In den Zürcher Gemeinden sind Altersfragen meist im Ressort «Soziales» verortet und mit den Gemeindeaufgaben bzgl. Pflegeversorgung verbunden ([Kapitel 3](#)). Viele Gemeinden haben eine eigene Alterspolitik und immer öfter sind spezialisierte kommunale Fachpersonen für das Thema Alter verantwortlich ([4.3.](#)).

Weitere wichtige Akteure sind Organisationen, die sich für die Anliegen alter Menschen engagieren und/oder sie im Alter unterstützen, wie z.B. der Zürcher Senioren- und Rentnerverband, die Pro Senectute und das Rote Kreuz Kanton Zürich sowie zahlreiche lokale Vereine und Kirchen. Der wissenschaftliche Fachbereich [Gerontologie](#) untersucht den Prozess des Alterns und das Alter als Lebensphase. Zudem gibt es die medizinische Spezialdisziplin [Geriatric](#).

★ [Leben im Alter](#) – aktuellste Feststellungen und zentrale Entwicklungen. Das Dokument von Prof. Höpflinger aus dem Jahr 2020 des Programms Socius der Age Stiftung bietet eine gute [Übersicht](#) speziell für Gemeinden. Die wichtigsten Punkte werden in diesem Kapitel zusammengefasst und mit weiterführenden Referenzen ergänzt.

Ein differenziertes Altersbild

Unsere Vorstellungen des Alters («Altersbild») prägen die Erwartungen und das Handeln gegenüber alten Menschen bzw. dem eigenen Altern. Negative oder klischeehafte Altersbilder («alte Menschen sind hilfsbedürftig») können sich negativ auf alte Menschen oder auf die Alterspolitik auswirken. Im Alter ist die Vielfalt der Erfahrungen und Möglichkeiten besonderes gross. Ein differenziertes Altersbild anerkennt sowohl die vielen Ressourcen und Kompetenzen von alten Menschen als auch ihre individuellen Bedürfnisse. Mit geeigneten Partizipationsprozessen während der Planung oder Angebotsentwicklung gelingt das besser.

Die Zürcher Bevölkerung wird älter

★ [Bevölkerungsprognose Kanton Zürich bis 2050, Szenario Trend ZH 2021](#)

Im Kanton Zürich leben über 1,55 Millionen Menschen und 17 % davon sind 65-jährig oder älter, das sind rund 270 000 Menschen. Die Lebenserwartung ist

dank sozialen und medizinischen Fortschritten laufend gestiegen und ist im Kanton Zürich ähnlich hoch wie in der ganzen Schweiz. Heute liegt die Lebenserwartung in der Schweiz für Frauen durchschnittlich bei über 85 Jahren und für Männer durchschnittlich bei knapp 82 Jahren.

Gemäss der aktuellsten Bevölkerungsprognose wird die Bevölkerung im Kanton Zürich bis 2050 auf rund 2 Millionen Menschen anwachsen. Weil weitere geburtenstarken Jahrgänge (Babyboomer) ins Rentenalter kommen, wachsen in den nächsten Jahren Anzahl und Anteil der über 65-Jährigen im Kanton Zürich besonders stark (von 17 auf 21 %, +160'000 Menschen). Bei den über 80-Jährigen werden sich die Zahlen im Vergleich zu heute verdoppeln. Weil diese Bevölkerungsveränderungen Weitsicht und Planung erfordern, wird die Alterspolitik zunehmend relevant.

Das Alter im Wandel

Heute bleiben Menschen meist länger beschwerdefrei und sterben erst später. Deshalb kann zwischen dem dritten Lebensalter (aktives Alter) und dem vierten Lebensalter (Hochaltrigkeit) unterschieden werden.

Die heutigen jungen Alten (sogenannte Babyboomer) sind im Vergleich zu früheren Generationen meist gesünder, besser gebildet und finanziell gut abgesichert. Oft haben sie eine hohe Lebensqualität und sie bleiben nach der Pensionierung aktiv und gestalten ihren Alternsprozess z.B. durch Stärkung ihrer geistigen und körperlichen Fähigkeiten.

Mit dem Übergang zum hohen Alter – ungefähr ab 80 Jahren – können gesundheitliche Beschwerden, Einschränkungen im Alltag und soziale Verluste zunehmen. Hochaltrigkeit kann eine erhöhte Gebrechlichkeit bedeuten, muss aber nicht automatisch zu einer höheren Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit führen.

Wohnen im Alter

Viele alte Menschen wollen möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben und ihre Unabhängigkeit bewahren. Deshalb sind die Altersgerechtigkeit der Wohnung und Umgebung wichtig, weil sie beeinflussen, wie man sich am gesellschaftlichen Leben beteiligen kann, ob man Besorgungen selbst machen kann und welche täglichen Dienstleistungen man nutzen kann. Auch Wohnkosten und Wohnsicherheit sind bedeutsam.

Heutzutage leben die meisten alten Menschen zu zweit, mit zunehmendem Alter leben sie eher alleine. Selten hingegen ist ein Zusammenleben mit Familienmitgliedern oder in einer Wohngemeinschaft. Rund ein Drittel der über 90-Jährigen wohnt in einem Alters- oder Pflegeheim, d.h. ein Heimeintritt erfolgt häufig erst, wenn intensivere Betreuung und Pflege benötigt wird.

Eine Alternative zur bisherigen Wohnung und zum Alters- oder Pflegeheim sind neue Wohnformen wie z.B. gemeinschaftliches Wohnen, eine Alterswohnung oder betreutes Wohnen. Diese neuen Wohnformen entsprechen dem Trend weg vom institutionellen Wohnen in einem Alters- oder Pflegeheim und hin zu individuellen Lösungen. Diesbezüglich haben die Zürcher Gemeinden verschiedene Handlungsmöglichkeiten (↗ 4.3.).

★ Die [Age Stiftung](#) fokussiert auf zukunftsfähige Wohn- und Betreuungsangebote für alte Menschen und zeigt in ihren Dokumentationen praktische Lösungen auf.

Einkommen und Vermögen im Alter

Dank der Altersvorsorge haben Menschen in der nachberuflichen Phase ein stabiles Einkommen und die meisten Pensionierten sind zufrieden mit ihrer finanziellen Situation. Viele geben ihr ganzes Einkommen für laufende Ausgaben aus und nutzen daneben ihr Ersparnis. Im Alter können Unterschiede bei Einkommen und Vermögen deutlicher werden, denn wer viel verdient und/oder geerbt hat, kann meist mit einer guten Rente und einem gewissen Vermögen alt werden. Hingegen sind alleinstehende Frauen im Alter häufiger von materieller Armut betroffen.

Wenn man betreuungs- oder pflegebedürftig wird – insbesondere nach Eintritt in ein Pflegeheim – steigen aufgrund der höheren Ausgaben die -Wahrscheinlichkeit, auf Ergänzungsleistungen angewiesen zu sein → [Ergänzungsleistungen](#). Die Sozialdienste und die Altersfachstellen der Gemeinden beraten und unterstützen ihre EinwohnerInnen bei der Geltendmachung von finanziellen Ansprüchen. In einzelnen Gemeinden hat eine Nachbarsgemeinde oder die Pro Senectute einen Leistungsauftrag für die Beratung (Fachstelle Alter).

★ [Ungleichheit im Alter](#) (2021), im Buch von Meuli & Knöpfel werden die finanziellen Spielräume von alten Menschen in der Schweiz analysiert.

Soziale Beziehungen und Einsamkeit

Soziale Kontakte – mit Freunden, Familie, KollegInnen, Nachbarn – steigern das Wohlbefinden in jedem Lebensalter und auch im Alter ist die soziale Teilhabe wichtig. Das soziale Netz kann eine wertvolle Ressource sein, auch wenn man Hilfe braucht. Mit steigendem Alter können die sozialen Kontakte abnehmen und auch die persönlichen Verluste nehmen zu (z.B. wenn gleichaltrige Bezugspersonen sterben). Viele alten Menschen haben ein intaktes soziales Netz, das mehrheitlich aus Angehörigen oder Gleichaltrigen besteht. Hingegen fehlen häufig engere Kontakte mit Nachbarn oder mit jüngeren Generationen ausserhalb der Familie.

Im Vergleich zu jüngeren Menschen fühlen sich weniger alte Menschen einsam, nämlich rund ein Drittel. Im hohen Alter steigt das Einsamkeitsrisiko, z.B. wegen persönlicher Verluste oder auch körperlicher Einschränkungen. Im Alter gilt Einsamkeit als Gesundheitsrisiko, es steigt auch die Gefahr für weniger Bewegung, Mangelernährung, Altersdepression, demenzielle Erkrankung. Die Digitalisierung kann für alte Menschen eine Chance oder eine Hürde sein. Die Umstellung auf digitale Dienstleistungen birgt die Gefahr von Ausschluss und Diskriminierung von alten Menschen (z.B. online Wohnungsbewerbung, Zahlungsverkehr).

Unterstützung im Alter

Mit zunehmendem Alter kann der Unterstützungsbedarf steigen, er unterscheidet sich nach Art (Hilfe im Alltag, Betreuung, Pflege) und Intensität. Dabei sind die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zentral und die Unterstützung wird unterschiedlich organisiert. Je grösser der Unterstützungsbedarf ist, umso wahrscheinlicher wird der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim. Wenn es die Wohnsituation erlaubt, die Angehörigen einen grossen Teil der Betreuung übernehmen und die organisatorischen Rahmenbedingungen in der Gemeinde gut sind, können alte Menschen länger zu Hause bleiben. Die Gemeinden haben diesbezüglich einen grossen Handlungsspielraum (↗ 3.6. und ↗ 4.3.).

Krankheit im Alter und steigendes Demenzrisiko

Im Alter nehmen Krankheiten zu und treten Krankheiten gleichzeitig auf (↗ 1.1.). Obwohl im höheren Alter körperliche und geistige Fähigkeiten nachlassen können, bleibt die funktionale Gesundheit meist lange bestehen.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Im Kanton Zürich leben schätzungsweise fast 25 000 Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsverlauf bedeutet zunehmende Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die üblicherweise mit einer steigenden und hohen Pflegebedürftigkeit einhergehen. Dank ambulanter Betreuungs- und Pflegeleistungen leben heute etwa 60 % der von Demenz betroffenen Menschen zu Hause. Der Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim findet deshalb später und in schlechterem Gesundheitszustand statt. Rund 65 % aller Bewohnenden von Alters- oder Pflegeheimen leben mit Demenz.

★ Die [Alzheimervereinigung Kanton Zürich](#) unterstützt Betroffene und Angehörige und hilft Gemeinden auf dem Weg zu einer demenzfreundlichen Gesellschaft.

Das Lebensende und der Tod

Die meisten Menschen sterben heute mit über 80 Jahren und die häufigsten Todesursachen in diesem Alter sind Herz-Kreislaufkrankheiten, Demenz, Krebs und Atemwegserkrankungen. Rund die Hälfte der über 80-Jährigen hat eine schriftliche Patientenverfügung, in der Wünsche zur Behandlung und zum Lebensende festgehalten sind. Mobile Palliative Care Teams kümmern sich um PatientInnen zu Hause und spezialisierte Fachpersonen pflegen PatientInnen im Spital. Damit Mobile Palliative Care Teams die PatientInnen auch in einem Alters- oder Pflegeheim kostendeckend pflegen können, haben die meisten Gemeinden einen zusätzlichen Leistungsvertrag (SPaC).

★ [palliative zh+sh](#) informiert und berät Betroffene und Fachpersonen.

4.2. Gesetzesgrundlagen

Auf Bundesebene sind der Schutz vor Altersdiskriminierung (Rechtsgleichheit) sowie die Altersvorsorge, die Ergänzungsleistungen und die berufliche Vorsorge verankert. Für das Alter sind auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung wichtig ([Kapitel 3](#), [Kapitel 4](#)). Zudem kann der Bund Leistungen der Altershilfe subventionieren, und er tut das mit jährlichen Subventionen von rund 70 Mio. Fr. hauptsächlich an die Pro Senectute und das Rote Kreuz.

Dazu gehören neben Koordinations- und Entwicklungsaufgaben auf nationaler Ebene insbesondere Leistungen vor Ort wie z.B. Sozialberatung, Alltagsassistenten,

Besuchs- und Begleitdienste, Gemeinwesenarbeit oder Treuhanddienste mit Fokus auf vulnerablen Gruppen.

Die Zürcher Kantonsverfassung hält in Art. 19 fest, dass Kanton und Gemeinden die Verwirklichung der Sozialziele der Bundesverfassung im Rahmen ihrer Zuständigkeit und verfügbaren Mittel anstreben. Ein solches Sozialziel ist, dass ältere Menschen ihr Leben nach ihren Kräften selbstbestimmt gestalten und an der gesellschaftlichen Entwicklung teilhaben können. Zudem wird in Art. 112 der Kantonsverfassung festgehalten, dass Kanton und Gemeinden in Zusammenarbeit mit Privaten die Lebensqualität der Menschen im Alter fördern.

Während der Kanton hauptsächlich für die Gesundheitsversorgung zuständig ist ([Kapitel 2](#)), sind die Zürcher Gemeinden hauptverantwortlich für die Pflegeversorgung ([Kapitel 2](#)). Zudem betreiben oder beauftragen sie eine kommunale Informationsstelle, die Auskunft über das generelle und aktuell verfügbare Pflegeversorgungsangebot erteilt ([Kapitel 3.3](#)). Gemeinden können auch Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen, darunter auch speziell für alte Menschen ([Kapitel 2.3](#)). Personen mit einer AHV-Rente können bei Erfüllen der Voraussetzungen Ergänzungsleistungen beanspruchen.

Alterspolitik als zentrale Querschnittsaufgabe

Alterspolitik ist relevant für alle Altersgruppen und beinhaltet Massnahmen des Staats (Bund, Kantone, Gemeinden), die Einfluss auf die Lebenssituation der älteren Bevölkerung haben. Besonders wichtig sind die Solidarität zwischen Generationen sowie die materielle Sicherheit, die Gesundheits- und Pflegeversorgung und die soziale Teilhabe von alten Menschen.

Der Bundesrat hat 2007 eine Strategie für eine [schweizerische Alterspolitik](#) verabschiedet und seine Rolle wie auch Handlungsfelder beschrieben. Für viele Bereiche der Alterspolitik sind die Kantone und Gemeinden zuständig und sie haben einen grossen Gestaltungsspielraum. Entsprechend gross sind die kantonalen und kommunalen Unterschiede.

★ [Ausgestaltung der Altershilfe in den Kantonen](#), Schlussbericht 2020 für das Bundesamt für Sozialversicherungen

Im Kanton Zürich wurden die [Leitlinien der Alterspolitik](#) seit 2009 nicht mehr aktualisiert und die Sicherheitsdirektion übernimmt eine koordinierende, aber keine aktive Rolle auf Ebene Kanton.

Bezüglich Alter haben die Zürcher Gemeinden nur wenige spezielle gesetzliche Aufgaben, jedoch greift es meist zu kurz, nur die Pflegeversorgung zu planen und mitzufinanzieren. Viele Zürcher Gemeinden gehen deutlich weiter und haben ganzheitliche Alterskonzepte, Altersleitbilder oder Altersstrategien erarbeitet, die als langfristige Planungsgrundlagen oder Steuerungsinstrumente dienen und die Aufgaben der Gemeinden beschreiben.

Beispiele aus Zürcher Gemeinden

[Lebensqualität im Alter](#), Altersleitbild der Gemeinde Geroldswil: Das Altersleitbild wurde von einer Arbeitsgruppe entwickelt und basiert auf einer Umfrage in der älteren Bevölkerung, dem Einbezug des gesamten Gemeinderats und einer Vernehmlassung unter den lokalen Akteuren.

[Mein Zürich im Alter](#), Altersstrategie 2035 Stadt Zürich: Die umfassende Strategie wurde in einem sehr breiten Partizipationsprozess erarbeitet und umfasst neben den üblichen Handlungsfeldern auch Diversität, Digitalisierung und das Finanzierungssystem.

Alters- und Gesundheitsstrategie für den Bezirk Affoltern: Die bezirksweite Strategie wird von allen Gemeinden und Leistungserbringern getragen. Sie vereint Alters- und Gesundheitsthemen und orientiert sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung.

4.3. Aufgaben der Gemeinden

Kommunale Alterspolitik ist ressortübergreifend und bezieht weitere Akteure sowie die Bevölkerung mit ein. Sie beinhaltet typischerweise die gesetzlichen Pflichten (4.2.) und befasst sich mit Themen wie:

- öffentlicher Raum und Mobilität,
- Wohnen und Unterstützung,
- Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe,
- Angehörige und Freiwillige,
- Information und Kommunikation.

Die Rolle der Gemeinde in der Alterspolitik umfasst:

- Planung: Die Gemeinde hat eine zentrale Rolle bei der strategischen Planung und sie kann damit eine nachhaltige Wirkung erzielen.
- Vernetzung: Die Gemeinde kann verschiedene Akteure zusammenbringen, um Aktivitäten im Bereich Alter zu koordinieren und Synergien zu nutzen.

- Kommunikation: Die Gemeinde kann ihre Bevölkerung über bestehende Angebote und laufende Projekte informieren.

★ Mit Checklisten von Gerontologie CH kann man sich ein Bild über die [Altersfreundlichkeit einer Gemeinde](#) oder den [Stand der Alterspolitik](#) in einer Gemeinde machen.

★ Die Fachstelle Alter und Familie des Kantons Aargau unterstützt seine Gemeinden aktiv bei der Umsetzung der kommunalen Alterspolitik. Viele der Ressourcen sind [online](#) und können auch im Kanton Zürich nützlich sein.

Öffentlicher Raum und Mobilität für alte Menschen

Wenn die Mobilität im Alter abnimmt, sind alte Menschen v.a. in ihrem Wohnquartier zu Fuss oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs. Damit alte Menschen möglichst bis ins hohe Alter selbstbestimmt mobil sein können, sind sie angewiesen auf Hindernisfreiheit im öffentlichen Raum und den hindernisfreien Zugang zu Gebäuden und Dienstleistungen. Eine altersgerechte Raumplanung beinhaltet auch die Schaffung von Räumen für Begegnungen, was der ganzen Bevölkerung dient.

★ Merkblatt über [altersgerechte öffentliche Aussenräume](#) der Fachstelle Alter und Gesundheit Winterthur

Neue Wohnformen für das Alter

Die Wohnung bzw. das Haus und die Umgebung sind wichtige Faktoren für ein gutes Älterwerden. Die meisten alten Menschen leben zu Hause, alleine oder zu zweit. Als Alternative zum Kleinhaushalt oder zum Alters- und Pflegeheim gibt es gemäss neue Wohnformen für das Alter.

Dabei ist zu beachten, dass Altersgerechtigkeit über Hindernisfreiheit hinausgeht und auch den Zugang zum Wohnobjekt und die Wohnumgebung beinhaltet.

★ Die Baudirektion Kanton Zürich sieht Wohnen im Alter als zentrales Thema der Raumentwicklung und hat 2013 eine [Studie](#) dazu publiziert.

Höpflinger (2020) unterscheidet vier neue Wohnformen für das Alter:

Das gemeinschaftliche Wohnen (z.B. Alters-WG oder Clusterwohnungen) ist noch selten und wird eher von den jüngeren Alten in Betracht bezogen. Allerdings braucht diese Wohnform hohe soziale Kompetenzen und ist besser für gesunde und aktive alte Menschen geeignet.

Das *Generationenwohnen* (z.B. Mehrgenerationenhaus, generationengemischte Wohnsiedlung) wird zunehmend beliebter; die meisten alten Menschen wollen altersdurchmischt leben, statt nur mit anderen alten Menschen.

Eine *Alterswohnung* umfasst typischerweise 2 bis 3 ½ Zimmer. Es gibt jedoch keine klaren Richtlinien für eine altersgerechte Wohnung, die ETH hat aber ein [Zertifikatslabel](#) entwickelt. Alterswohnungen werden entweder privat gebaut und ohne Serviceleistungen angeboten, oder privat, genossenschaftlich oder kommunal gebaut und mit Serviceleistungen angeboten (s.u.), oder an ein Alters- oder Pflegeheim angebunden und mit Service- und Pflegeleistungen angeboten (s.u.).

Betreutes Wohnen bzw. Wohnen mit Service in einer eigenen Wohnung mit zusätzlichen Leistungen (z.B. Notrufsystem, Mahlzeitendienst, Hauswirtschaft). Diese Leistungen können nach Bedarf und in unterschiedlicher Intensität beansprucht werden, üblicherweise wird von allen MieterInnen eine Pauschale für das Basisangebot erhoben. Meist ziehen Menschen erst in eine betreute Wohnform, wenn sie die Leistungsangebote brauchen. Diese Wohnform ist manchmal einem Alters- oder Pflegeheim angegliedert, das zusätzlich Pflegeleistungen anbietet.

Gemeinden können neue Wohnformen für das Alter gezielt fördern und gleichzeitig die ambulante Pflegeversorgung und das ambulante Hilfs- und Betreuungsangebot stärken. So können Eintritte in Alters- und Pflegeheime verzögert oder verhindert werden.

☆ Die Fachstelle Alter und Familie des Kantons Aargau hat ein [E-Learning Modul](#) über Wohnen im Alter für Gemeinden bereitgestellt.

☆ Mit dem [Curaviva Wohn- und Pflegemodell 2030](#) hat der Verband eine Vision für das Wohnen und die Pflege im Alter konkretisiert, die heute als zukunftsweisend gilt.

Partizipation und soziale Teilhabe von alten Menschen

Es ist Aufgabe der Gemeinden, bei Planungsprozessen und Angebotsentwicklung jeweils auch die ältere Bevölkerung einzubeziehen. Mit geeigneten Partizipationsprozessen gelingt es, dass ältere Menschen von verschiedenen Neuerungen profitieren. Insbesondere bei der Erarbeitung von Instrumenten der Alterspolitik (Altersstrategie, Altersleitbild) ist der Einbezug von älteren und hochaltrigen Menschen wichtig.

Soziale Teilhabe bedeutet die Integration von älteren Menschen in soziale Netzwerke von Familien und Freunden sowie in die Gemeinschaft und in die Gesellschaft als Ganzes. Viele alte Menschen sind aktiv und engagiert, indem sie Kinder hüten, Vereine unterstützen und Freiwilligenarbeit leisten.

Aufgrund körperlicher oder kognitiver Einbussen und wegen kritischer Ereignisse wie Trennungen, Todesfällen oder Pensionierung können alte Menschen aber auch vereinsamen. Wenn gezielt Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe von alten Menschen geschaffen werden, können ihre sozialen Ressourcen sowie ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit gestärkt werden.

☆ Beispiele Partizipation: Seniorenforum Stadt [Luzern](#), Quartierbegehung Stadt [Schaffhausen](#), Zukunftskafi in [Aargauer Gemeinden](#).

☆ Planungsleitfaden zur [Förderung der sozialen Teilhabe im Alter](#) in Gemeinden

Gesundheitsförderung im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention für alte Menschen lohnen sich, weil Gesundheit und Autonomie bis ins hohe Alter gestärkt werden können. Besonders wirksam sind Bewegungsförderung und Sturzprävention, die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und die Stärkung der psychischen Gesundheit.

☆ [Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich!](#) Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte on Gesundheitsförderung Schweiz

☆ Gesundheitsförderung und Prävention Kanton Zürich hat eine [Massnahmenübersicht](#) erarbeitet und unterstützt Gemeinden bei der Umsetzung.

Unterstützungsformen im Alter

Die meisten Menschen sind mit zunehmendem Alter auf Unterstützung durch ihr soziales Umfeld, durch Freiwillige und/oder Fachpersonen angewiesen. Viele hochaltrige Menschen brauchen eine Kombination der drei Unterstützungsformen. Die Gemeinden haben einen grossen Gestaltungsspielraum und können Unterstützungsleistungen so organisieren, dass alte Menschen möglichst lange in ihrer Wohnung bleiben können (3.6.).

Hilfe im Alltag: Um den Alltag zu meistern brauchen manche hochaltrige Menschen Hilfe in der Administration (Korrespondenz, Rechnungen, Steuern) oder im Haushalt (Reinigung, Einkaufen, Mahlzeiten). Diese Hilfe erbringen Angehörige

bzw. das soziale Umfeld, Freiwillige oder hauswirtschaftliche Dienste bzw. professionelle Angebote und muss grundsätzlich selbst organisiert und finanziert werden. Ausnahme sind → [nichtpflegerische Spitex-Leistungen](#).

Betreuung: Menschen brauchen mit zunehmendem Alter aufgrund funktionaler Einschränkungen oder steigender Fragilität mehr → [Betreuungsleistungen](#). Die Aktivitäten werden gemeinsam mit den Betroffenen gemacht und deshalb ist die Betreuung relativ zeitintensiv und setzt eine gute persönliche Beziehung voraus. Dazu gehören z.B. Alltagsgestaltung, Haushaltsführung, Förderung der sozialen Kontakte, Beratung und Koordination. Diese Betreuung muss grundsätzlich selbst organisiert und finanziert werden. Einen grossen Teil der Betreuung leisten Angehörige, Freundeskreis, Nachbarschaft und eine wichtige Rolle spielen Freiwillige und verschiedene Fachpersonen. In einem Alters- oder Pflegeheim wird üblicherweise eine Betreuungstaxe erhoben.

Pflege: Die grosse Mehrheit der alten Menschen benötigt bis ins hohe Alter keine tägliche Pflege, also keine professionelle Hilfe beim Aufstehen, Ankleiden, Waschen etc.: Weniger als 10 % der unter 80-Jährigen und über 50 % der über 90-Jährigen sind pflegebedürftig. Für die Pflegeversorgung sind im Kanton Zürich die Gemeinden verantwortlich (📖 Kapitel 3).

★ Das [Phasenmodell der Betreuung](#) zeigt auf einen Blick die verschiedenen Situationen auf.

★ Die Paul Schiller Stiftung engagiert sich für [gute Betreuung im Alter](#), zahlreiche Publikationen vertiefen das Thema.

Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen

Im Vergleich zu früher werden heute alte Menschen seltener und weniger intensiv durch Angehörige unterstützt, weil die Familien kleiner geworden sind, in weiterer Entfernung leben oder weil die nächsten Angehörigen arbeitstätig oder selbst fragil sind. Trotzdem werden noch viele alte Menschen zu Hause von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Diese Angehörigen leisten viel kostenlose Arbeit und sind eine grosse Ressource in der Versorgung. Sie sind jedoch auf Entlastung und Erholung angewiesen, um langfristig eine Überforderung oder Erschöpfung zu verhindern. Tages- oder Nachtangebote und Ferienbetten sind äusserst wertvoll, weil sie über einen längeren Zeitraum eine Entlastung bringen. Zusätzlich zu den professionellen Angeboten unterstützen viele kirchliche und gemeinnützige Organisationen sowie viele Freiwillige die alten Menschen und

entlasten dadurch die Angehörigen. Allerdings ist die Finanzierung dieser punktuellen Entlastung häufig weder einfach noch ausreichend. So beträgt z.B. die [Hilflosenentschädigung](#) von maximal rund 900 Fr. monatlich.

Förderung der Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe

Über eine Million Menschen sind ehrenamtlich in Organisationen, Vereinen, Institutionen aktiv (Freiwilligenarbeit) und über zwei Millionen Menschen unterstützen ihr soziales Umfeld ausserhalb des eigenen Haushalts (z.B. Kinderbetreuung, Nachbarschaftshilfe). Insbesondere alte Menschen leisten viel: Rund die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen und über ein Viertel der über 75-Jährigen engagieren sich freiwillig und ehrenamtlich.

Dieses Engagement stärkt den sozialen Zusammenhalt und ist äusserst wertvoll. Ein Teil kommt auch unterstützungsbedürftigen alten Menschen zugute. Viele Gemeinden fördern Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe gezielt und subsidiär, z.B. durch konzeptuelle Grundlagen, fachliche Begleitung und Koordination, (Anschub-)Finanzierung von Projekten oder Bereitstellung von Infrastruktur und Räumlichkeiten. Freiwilligenarbeit hat ein hohes Potenzial und wenn Gemeinden darin investieren, lohnt es sich meist – einerseits wegen der geleisteten Arbeit und andererseits wegen des Nutzens für die Gemeinschaft.

★ Die regionalen [Benevol Fachstellen](#) können auch Gemeinden bei der Förderung von Freiwilligenarbeit unterstützen

4.4. Herausforderungen und Trends

Die grösste Herausforderung besteht im Anwachsen der alten Bevölkerung und dem steigenden Anteil an der Gesamtbevölkerung. Deshalb werden die Alterspolitik sowie die Planung, Organisation und Finanzierung der Gesundheits-, Alters- und Pflegeversorgung immer wichtiger (📖 Kapitel 1-3)

Mitgestaltung und Selbstbestimmung bis ins hohe Alter

Die neue Generation der alten Menschen (Babyboomer) ist generell gesünder, mobiler und innovationsfreudiger als die vorherige. Diese Generation will ihr Alter aktiv gestalten, hat individuellere Lebensformen und höhere Erwartungen, insbesondere wollen viele bis an ihr Lebensende ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen. Deshalb stösst bei den meisten ein langjähriger Aufenthalt in herkömmlichen Alters- oder Pflegeheimen auf Ablehnung. Wie alte Menschen mit

hohem Unterstützungsbedarf in ihrem Zuhause versorgt werden und wie diese Leistungen finanziert werden, ist angesichts des Fachkräftemangels und der steigenden Kosten eine wichtige Frage.

Bezahlbare Alterswohnungen und neue Wohnformen für das Alter

Viele Menschen können nicht bis ins hohe Alter in ihren angestammten Häusern oder Wohnungen bleiben, weil diese vielleicht zu gross, zu abgelegen oder nicht hindernisfrei sind oder weil die Wohnungsmiete vor einer Gesamtanierung gekündigt wird. In vielen Zürcher Gemeinden ist der Wohnraum knapp und alte Menschen scheinen weniger Chancen auf dem offenen Wohnungsmarkt zu haben. Insbesondere für alte Menschen mit tiefen Einkommen und ohne Vermögen kann die Suche nach einer altersgerechten Wohnung schwierig sein.

Gemeinden können bezahlbaren, altersgerechten Wohnraum fördern und die raumplanerische Entwicklung steuern und nicht nur privaten Akteuren überlassen. Neue Wohnbauprojekte für das Alter bedeuten aber meist grosse finanzielle und planerische Herausforderungen. Auch sind noch viele Fragen offen, insbesondere bezüglich geeigneter Finanzierungsmodelle von neuen Wohnformen für das Alter, wie z.B. betreutes Wohnen. Ein erster Schritt in die richtige Richtung ist die Erhöhung von Ergänzungsleistungen zur Finanzierung von Betreuungsleistungen zu Hause bzw. von betreutem Wohnen. Zunehmende Bedeutung erlangen → [Intermediäre Strukturen](#).

Betreuung im Alter

Die Betreuung im Alter ist ein zentrales Unterstützungselement für hochaltrige Menschen und trägt dazu bei, dass sie so lange wie möglich selbständig sind und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Diese Betreuung wird mehrheitlich ohne Bezahlung von An- und Zugehörigen geleistet und ist im Gesundheits- und Sozialsystem noch kaum verankert. Da die Anzahl alter Menschen steigt und weil kostenlose Betreuungsleistungen voraussichtlich sinken, ist diese Thematik eine besondere Herausforderung für die Alterspolitik.

Es gibt verschiedene Lösungsansätze (z.B. EL für Betreuung im Alter, Betreuungsentschädigungen oder -gutschriften, Zeitvorsorge) die zeigen, wie notwendige Betreuungsleistungen trotz Fachkräftemangels und steigender Kosten auch künftig erbracht werden können.

Digitalisierung als Chance oder Hürde

Digitalisierung durchdringt unseren Alltag und kann die Lebensqualität verbessern, auch im Alter. Beispielsweise können Dienstleistungen einfacher bezogen, der soziale Austausch ermöglicht oder mit Assistenzsystemen die Wohnsicherheit erhöht werden. Hier gibt es laufend neue Angebote und Produkte, die man testen kann. Digitalisierung kann für alte Menschen also eine Chance, oder aber eine Hürde sein. Die Umstellung auf digitale Dienstleistungen birgt die Gefahr von Ausschluss und Diskriminierung von alten Menschen (z.B. online Wohnungsbewerbung, Zahlungsverkehr). Deshalb muss bei der Angebotsentwicklung auf Nutzerbedürfnisse gezielt eingegangen werden und manche alte Menschen brauchen Unterstützung, um ihre digitalen Kompetenzen zu entwickeln.

Sorgende Gemeinschaft und altersfreundliche Umgebung

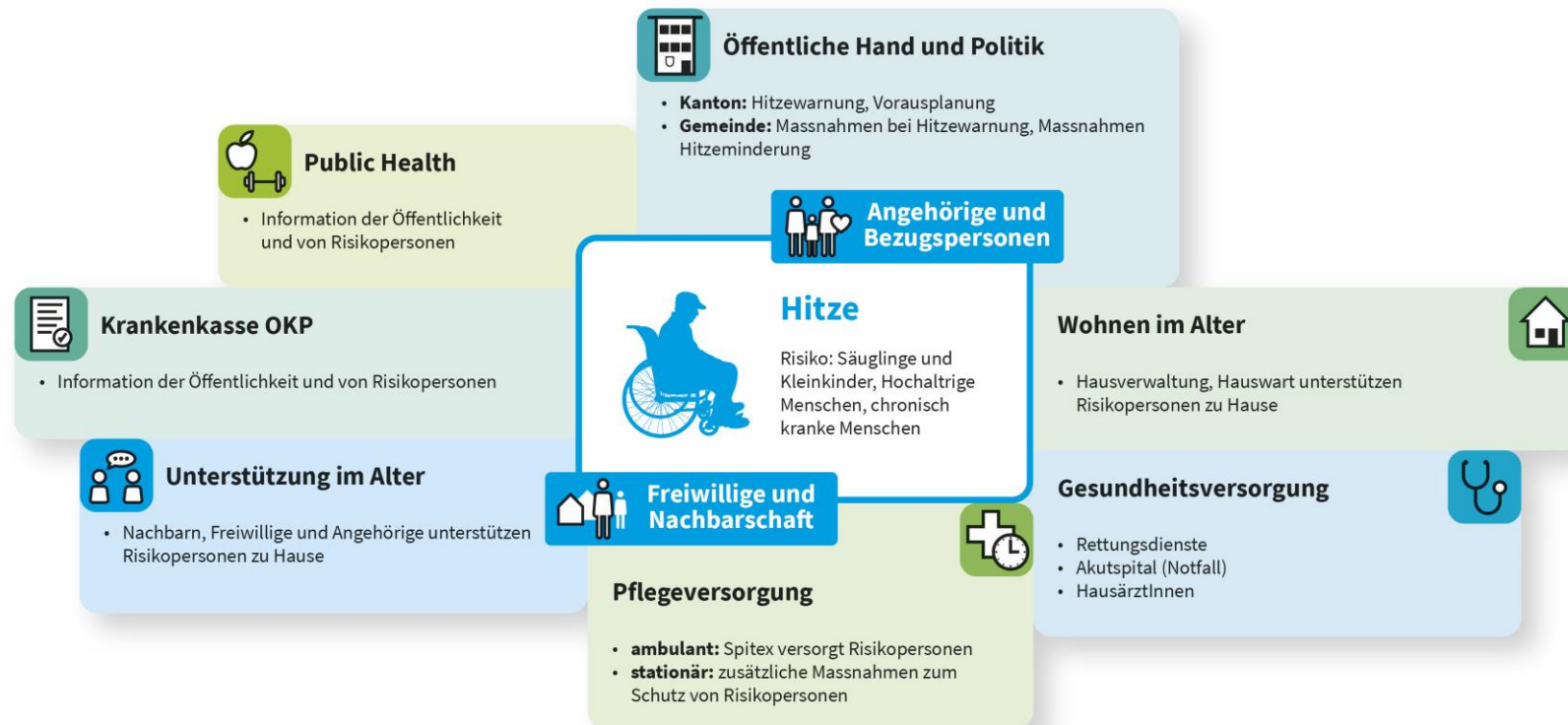
Die Individualisierung unserer Gesellschaft kann zu Vereinsamung und Entsolidarisierung führen. Die künftigen Herausforderungen können am besten gemeinsam und mit der Energie der Zivilgesellschaft gemeistert werden. Sogenannte Caring Communities wollen Freiwillige und Professionelle, Zivilgesellschaft und Staat zu einer lokalen Gemeinschaft verbinden, die für unterstützungsbedürftige Menschen sorgt.

Dass alte Menschen möglichst lange und selbstbestimmt in ihrer angestammten Wohnform verbleiben können, hängt auch von einer altersfreundlichen Umgebung ab. Sie kennzeichnet sich z.B. durch abgesenkte Trottoirs, sichere Strassenübergänge und Wege auch für Rollstuhl/Rollator, ausreichende Übergangszeiten an Ampeln, gute Beleuchtung, viele Sitzgelegenheiten, zugängliche Toiletten, Grünanlagen und Begegnungsräume mit hoher Aufenthaltsqualität. Weiter kennzeichnet sich eine altersfreundliche Umgebung durch hindernisfreien Zugang zu Gebäuden und Dienstleistungen inkl. zum öffentlichen Verkehr sowie durch nahe Einkaufsmöglichkeiten und Freizeitangebote.

Um herauszufinden, was alte Menschen in ihrer Nachbarschaft und Umgebung brauchen, können mit ihnen systematische Begehungen durchgeführt werden. Dabei müssen die Bedürfnisse von fragilen Menschen, Armutsbetroffenen, sozial Isolierten oder MigrantInnen mitberücksichtigt werden. Für die anschliessende Umsetzung der nutzbringendsten Massnahmen ist der Einsatz zahlreicher Fachpersonen erforderlich.







➔ [Aerztefon](#)

Die Gesundheitsdirektion beauftragt für den ganzen Kanton eine Triagestelle zur Vermittlung von nicht lebensbedrohten Notfalleinrufern (§ 17). Diese Aufgabe hat sie dem [Aerztefon \(Betrieb der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich\)](#) übertragen und die Betriebskosten tragen Kanton und Gemeinden je zur Hälfte und gemäss Einwohnerzahlen (pro Kopf 4 Fr., d.h. je 2 Fr.). Die Vergabe des Leistungsauftrags und die Kosten für die Dienstleistung wurden von einigen Zürcher Gemeinden kritisiert und haben im Kantonsrat einige Vorstösse ausgelöst. Es gibt einzelne Gemeinden, die sich nicht dem Aerztefon angeschlossen haben.

➔ [Akut- und Übergangspflege \(AÜP\)](#)

Die AÜP wurde 2011 auf Bundesebene (Art. 25a Abs. 2 KVG) mit der neuen Pflegefinanzierung eingeführt, um Spitalaufenthalte zu verkürzen. Sie erfolgt durch eine spitalärztliche Anordnung und im Anschluss an einen Spitalaufenthalt und dauert maximal 14 Tage. Die AÜP kann stationär im Pflegeheim oder ambulant durch eine Spitex-Organisation stattfinden. Die Kosten für solche Leistungen tragen die Gemeinden und die Krankenpflegeversicherung ohne Patientenbeteiligung. Falls die PatientInnen stationär versorgt werden, bezahlen sie die Hotellerie- und Betreuungstaxen. Nach über zehn Jahren fordern viele Leistungserbringer eine [Neuregelung](#) der AÜP.

➔ [Altersheim oder Pflegeheim](#)

Häufig kombiniert als Alters- und Pflegeheim (APH), manchmal unterschiedliche Wohnformen: Im Altersheim steht eher die soziale Integration im Vordergrund («betreutes Wohnen» oder «Altersresidenz»), im Pflegeheim steht die Pflege im Vordergrund. In allen APH wird sowohl Pflege als auch Betreuung angeboten.

➔ [Betreuungsleistungen](#)

Nichtpflegerische Leistungen erhalten die Selbstständigkeit und Lebensqualität von alten und/oder chronisch kranken Menschen. Man kann unterscheiden zwischen Hilfe im Alltag (z.B. Haushalt, Administration) und Betreuung.

Diese Unterstützungsleistungen müssen im ambulanten Bereich von den Betroffenen selbst organisiert und grundsätzlich selbst finanziert werden (soweit nicht die Gemeinden nach § 13 des Pflegegesetzes dafür aufkommen), bzw. durch ihre Bezugspersonen oder Freiwillige geleistet werden. Spitex-Organisationen bieten

subsidiär nichtpflegerische Leistungen an. In Alters- und Pflegeheimen werden Hilfe- und Betreuungsleistungen immer erbracht (z.B. Haushalt, Begleitung, Aktivierung) und den Bewohnenden separat verrechnet. Eine Querfinanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen ist nicht zulässig.

➔ [Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung](#)

In der Schweiz ist der Zugang zum Gesundheitssystem dank der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich gesichert. Dennoch beanspruchen z.B. Armutsbetroffene die notwendigen Versorgungsleistungen oft nicht genügend oder rechtzeitig. Das kann höhere Kosten und schlechtere Gesundheitsoutcomes zur Folge haben.

➔ [Epidemiologie](#)

Eine wissenschaftliche Disziplin der Medizin, die sich mit Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigt und damit zusammenhängende Risiko- und Schutzfaktoren und mögliche Folgen untersucht. Hingegen geht es in der klinischen Medizin darum, einem einzelnen Menschen in einem konkreten Krankheitsfall zu helfen.

➔ [Ergänzungsleistungen \(EL\)](#)

Ergänzungsleistungen (auch Zusatzleistungen genannt) garantieren, dass die minimalen Lebenskosten von RentnerInnen gedeckt sind. Sie bilden zusammen mit der AHV die 1. Säule der Altersvorsorge und sind abhängig von Einkommen und Vermögen. Etwa 17 % der RentnerInnen beanspruchen EL, meist erst nach einem Heimeintritt. Etwa die Hälfte aller HeimbewohnerInnen ist auf EL angewiesen, um die Kosten für Hotellerie und Betreuung sowie Patientenbeteiligung zu decken. Die Zürcher Gemeinden tragen etwa ein Drittel der EL, der Rest wird vom Bund und vom Kanton getragen, häufig für Heimtaxen (Hotellerie und Betreuung).

➔ [Geriatric](#)

Eine medizinische Spezialdisziplin (Altersmedizin) für ältere Menschen. Die PatientInnen sind häufig sehr gebrechlich und haben mehrere Krankheiten.

Die Geriatric hat deshalb den Gesamtzustand der PatientInnen im Blick und soll Lebensqualität und Autonomie möglichst lange bewahren.

→ Gerontologie

Die Wissenschaft vom Prozess des Alterns und der Lebensphase des Alters. Der Fachbereich beschäftigt sich mit biologischen, medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekten des Alters und mit den damit verbundenen Phänomenen, Problemen und Ressourcen. Zu unterscheiden von → [Geriatric](#).

→ Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers

Insbesondere Personen ohne Aufenthaltsbewilligung haben häufig keine Krankenversicherung, obwohl sie das Recht haben, eine abzuschliessen und Prämienverbilligungen zu beanspruchen. Sowohl für Krankenversicherer und Gesundheitspersonal gilt die Geheimhaltungspflicht. Das BAG hat dazu die [wichtigsten Fragen beantwortet](#).

→ Grundsatz ambulant vor stationär in der Pflegeversorgung

Gemäss Verordnung über die Pflegeversorgung (§ 1) müssen die Gemeinden das minimale Pflegeversorgungsangebot für ihre Bevölkerung sicherstellen und dabei die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der LeistungsbezüglerInnen bewahren oder stärken und stationäre Aufenthalte möglichst vermeiden, verzögern oder verkürzen. Die Gemeinden bauen deshalb den ambulanten Bereich aus, damit Pflegeplätze möglichst von mittel bis schwer pflegebedürftigen Menschen belegt werden. Die Gesundheitsdirektion hat Grundlagen erarbeitet (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kap. 2, [Bericht Bedarfsentwicklung und Steuerung stationäre Pflegeplätze](#)).

Meist erfolgt ein vorübergehender Heimeintritt nach einem Spitalaufenthalt. Der definitive Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim muss wohl überlegt werden und ist abhängig von vielen verschiedenen Faktoren, inkl. Präferenzen und Bedürfnissen der Betroffenen. Bezüglich Pflegeleistungen sind relevante Faktoren unter anderem ständige Präsenz oder notfallmässige Einsätze von Fachpersonal, Einsatz komplexer oder teurer medizinisch-technischer Hilfsmittel, sehr hoher Unterstützungs- oder Betreuungsbedarf.

→ Hilfflosenentschädigung

Wer bei alltäglichen Lebensverrichtungen andauernd die Hilfe anderer Menschen benötigt, kann eine [Hilfflosenentschädigung bei der IV/AHV](#) beantragen. Sie ist unabhängig von Einkommen und Vermögen und hängt von Schweregrad und Setting ab.

→ Hochspezialisierte Medizin

Medizinische Bereiche und Leistungen kennzeichnen sich durch einen grossen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren. Sie sind eher selten und haben ein hohes Innovationspotenzial. Die Kantone müssen diese Leistungen gemeinsam und gesamtschweizerisch planen (⇒ [GDK](#), hochspezialisierte Medizin).

→ Indirekte Gesundheitskosten

Direkte Gesundheitskosten entstehen in der Gesundheitsversorgung (z.B. Behandlung, Medikamente, Spitalaufenthalte) und werden über die Krankenkassenprämien, die öffentliche Hand und Patientenbeteiligungen getragen. Bei den indirekten Gesundheitskosten handelt es sich hauptsächlich um Produktivitätsverluste (z.B. Abwesenheit vom Arbeitsplatz) und Kosten in anderen Sektoren (z.B. IV-Rente, vorzeitige Pensionierung).

→ Individuelle Prämienverbilligungen (IPV)

Im Kanton Zürich erhalten über 430 000 Personen einen finanziellen Beitrag an die Prämie für die obligatorische Krankenversicherung. Das sind 28 % der Versicherten, sie erhalten IPV im Wert von 875 Mio. Fr. und durchschnittlich rund 2000 Fr. pro Person.

Die Prämienverbilligung wird durch den Bund und die Kantone finanziert. Die Bundesbeiträge sind gesetzlich auf 7,5 % der Bruttokosten festgesetzt, die Kantonsbeiträge hingegen sind unterschiedlich. Das BAG überwacht die Wirksamkeit der Prämienverbilligungen in den Kantonen.

Wer wie viel IPV erhält, ist kantonal geregelt, massgebend sind Einkommen, Vermögen, Zivilstand und Anzahl Kinder. Die Sozialversicherungsanstalt ermittelt anhand von Steuerdaten den Anspruch und versendet diesen Personen ein Antragsformular. Die IPV wird den Krankenkassen direkt überwiesen.

→ Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (bzw. koordinierte, vernetzte Versorgung) zeichnet sich aus durch das geplante, strukturierte und verbindliche Zusammenspiel verschiedener Akteure und beinhaltet Massnahmen, die Schnittstellen effizienter organisieren oder Behandlungsschritte besser aufeinander abstimmen.

→ Intermediäre Strukturen

Unter intermediären bzw. hybriden Strukturen werden Tages- oder Nachtangebote (d.h. teilstationär) und betreute Wohnformen verstanden, die vor der stationären Versorgung kommen. Ein [Obsan Bericht](#) zeigt einen aktuellen Überblick zu den intermediären Versorgungsstrukturen.

→ Kantonale Aktionsprogramme Gesundheitsförderung und Prävention

Die [Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich](#) am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich wird von der GD beauftragt. Die Abteilung bearbeitet Themen wie psychische Gesundheit, Suizidprävention, Suchtprävention, Ernährung und Bewegung. Es werden Projekte, Kurse, Veranstaltungen und Kampagnen umgesetzt. Die Zusammenarbeit mit den Gemeinden ist dabei äusserst bedeutsam. Im Fokus sind verschiedene Zielgruppen, insbesondere Kinder und alte Menschen. Mit dem Schwerpunkt betriebliches Gesundheitsmanagement werden auch Arbeitgeber und Mitarbeitende einbezogen und Arbeit wird als wichtiger Gesundheitsfaktor positioniert.

→ Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Das Schweizer System ist stark auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet und jährlich werden nur 2,2 % der Gesundheitsausgaben in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung investiert. Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung haben den grössten Nutzen für die Betroffenen und das System (Achtung: Den Begriff Gesundheitsprävention gibt es nicht).

→ Langzeitpflege stationär – ambulant – intermediär

Ambulante Langzeitpflege erfolgt bei den PatientInnen zu Hause, durch eine Spitex-Organisation oder einzelne Pflegefachperson; stationäre Langzeitpflege erfolgt in einem Alters- oder Pflegeheim. Es gelten unterschiedliche Tarife für die ambulante und stationäre Versorgung. Angebote wie z.B. Tages- oder Nachtkliniken (auch intermediär genannt) innerhalb von Alters- und Pflegeheimen gelten als stationäre Leistung und werden wie Leistungen von Pflegeheimen verrechnet (Art. 7a Abs. 4 KLV).

→ MiGeL-Kosten

Produkte aus der MiGeL (Mittel- und Gegenständeliste) werden in der Pflege benötigt und sind z.B. Inkontinenzmaterial, Verbandsmaterial, Sauerstoffgeräte. Bis 2018 wurden die MiGeL-Kosten der Leistungserbringer von der OKP vergütet, seither wurden sie von der öffentlichen Hand als Restfinanzierer vergütet. Auf

Seite der Krankenversicherer fordert Tarifsuisse für die Jahre 2015 bis 2017 von den Leistungserbringern und damit auch von den Restfinanzierern die MiGeL-Kosten zurück. Unterdessen wurde im Wesentlichen die ursprüngliche Regelung erneut festgesetzt und seit Herbst 2021 übernimmt grundsätzlich wieder die OKP die MiGeL-Kosten.

→ Nichtpflegerische Spitexleistungen

Wenn Leistungen z.B. für Hauswirtschaft und Betreuung durch beauftragte Spitex-Organisationen beansprucht werden, übernimmt die Gemeinde mindestens die Hälfte der Kosten. Je nach wirtschaftlicher Lage der LeistungsbezügerInnen können die Gemeinden diese Kosten teilweise oder ganz übernehmen.

→ Nichtübertragbare Krankheiten

Rund ein Viertel der Bevölkerung leidet über mehrere Jahre an nicht übertragbaren Krankheiten und sterben schliesslich daran. Diese Krankheiten verursachen 80 % der direkten Gesundheitskosten und könnten angesichts der demografischen Entwicklung weiter steigen. Deshalb setzt das BAG eine breite [NCD-Strategie](#) (NCD = non-communicable disease) um.

Nichtübertragbare Krankheiten wie z.B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten, chronische Atemwegserkrankungen und teilweise auch Krebs werden durch individuelles Verhalten beeinflusst. Sie gelten deshalb zu einem grossen Teil als vermeidbar oder beeinflussbar. Entsprechend wichtig ist die Krankheitsprävention. Heute werden weniger als 3 % der Gesundheitskosten dafür ausgegeben.

→ Normdefizit, Restkosten, Normkosten

Gemäss § 16 Abs. 2 Pflegegesetz entspricht das Normdefizit dem anrechenbaren Aufwand bei wirtschaftlicher Leistungserbringung, abzüglich der Beiträge der Sozialversicherer sowie der Leistungsbezügerinnen und -bezüger im Bereich der Pflegeleistungen gemäss § 9 Abs. 1 und 2 Pflegegesetz. Als wirtschaftliche Leistungserbringung gilt der Aufwand des teuersten jener Pflegeheime, die zusammen 50 % aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen.

→ Paramedizin

Alle Tätigkeiten oder Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die unabhängig von bzw. koordiniert mit ÄrztInnen eine therapeutische oder diagnostische Leistung erbringen. Dazu gehören z.B. ApothekerInnen, Rettungsdienste, medizinische Labors, Hebammen, PsychotherapeutInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen.

→ Primär-, Sekundär-, Tertiärversorgung

Die medizinische Gesundheitsversorgung kann auch unterteilt werden in die Primärversorgung (Erstberatung durch HausärztInnen), die Sekundärversorgung (durch niedergelassene FachärztInnen, i. d. R. nach Überweisung durch HausärztIn) und die Tertiärversorgung (stationäre Versorgung in einem Spital).

→ Public Health

Public Health (öffentliche Gesundheit) umfasst Angebote und Aktivitäten, die die Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder einzelner Gruppen sicherstellen oder verbessern. Diese Investitionen in die Gesundheit können Krankheiten vorbeugen oder lindern und so Kosten sparen. Üblicherweise wird fokussiert auf **Gesundheitsförderung und Verhältnis- und Verhaltensprävention**:

- bei **nichtübertragbaren Krankheiten** wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Lungenerkrankungen, Unfälle bzw. Verletzungen, psychische Erkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen (z.B. Ernährung und Bewegung, Früherkennung, Vermeidung Folgeschäden und Chronifizierung);
- bei **ansteckenden Krankheiten** wie Masern, Mumps, Polio, FSME, Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten, Grippe, Corona mit dem Ziel, die Infektionen zu vermeiden und zu reduzieren (z.B. Testen, Überwachen, Impfen, Isolation und weitere Schutzmassnahmen).

→ Rettungsdienste

Die Rettungsdienste 144 kommen bei akuter Lebensgefahr zum Einsatz, sie definieren ihr Einsatzgebiet in Absprache mit den Gemeinden und sind verpflichtet, genügend Kapazitäten vorzuhalten und die festgelegten Hilfsfristen einzuhalten. Die Gesundheitsdirektion erteilt den Rettungsdiensten die Bewilligung und überprüft die Einhaltung der Vorgaben (§ 19 Abs. 3). Zusätzlich können Gemeinden ein First-Responder-System aufbauen (z.B. Schulung von Feuerwehr, Polizei). Insbesondere wo es eine relativ schlechte Abdeckung durch die Rettungsdienste gibt, ist das First-Responder-System eine wesentliche und lebensrettende Verbesserung.

→ Schwarze Liste (Leistungssperre)

Wer seine Krankenkassenprämien nicht bezahlt, kommt in einzelnen Kantonen (AG, LU, TI, TG, ZG) auf eine schwarze Liste und wird nur noch im Notfall behandelt (sogenannte Leistungssperre). Es sind hauptsächlich Menschen mit tiefen

Einkommen betroffen, was auf eine Zahlungsunfähigkeit statt Zahlungsunwilligkeit hindeutet. Der Kanton Zürich verzichtet auf eine solche Liste, da der Aufwand gross und der Nutzen gering ist.

→ Spezialisierte Pflegeleistungen

Im stationären oder ambulanten Setting braucht es auch **spezialisierte Langzeitpflege** z.B. für Psychiatrie, Palliative Care, Demenz, Kinder. Sie kann durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht werden (z.B. [Kispex](#), [SPaC](#), Hospiz, Gerontopsychiatrie) oder Teil des Gesamtbetriebs sein (z.B. Demenzabteilung, Psychiatrie-Team der Spitex).

→ Spital, Liste ambulant vor stationär

In der Spitalversorgung bedeutet ambulant vor stationär, dass eine zunehmende Anzahl von Eingriffen und Behandlungen dank medizinischem Fortschritt (z.B. minimalinvasive Operation, neue Anästhesieverfahren) bei gleichwertiger Qualität ohne Übernachtung im Spital durchgeführt werden kann. Das Einsparpotenzial ist bei gleichbleibender Qualität sehr gross. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb eine Liste von Behandlungen und Eingriffen eingeführt, die ambulant im Spital und ohne Spitalübernachtung angeboten werden sollen (z.B. Mandelentfernungen, Herzschrittmacher, Leistenbruch, Krampfadern, Hand-/Knie-/Fusschirurgie). Die meisten PatientInnen schätzen die ambulante Behandlung im Spital, für alte Menschen kommen sie aber wegen der Ausnahmeindikation häufig nicht in Frage. Mögliche Ausnahmen für ambulante Eingriffe sind Mehrfacherkrankungen, hoch eingeschätzte Eingriffsintensität oder erschwerende soziale Umstände.

→ Spitalplanung 2023

Mit der Spitalplanung 2023 erstellt die Gesundheitsdirektion eine neue Spitalliste, die die seit 2012 [geltenden Listen](#) ablösen. Alle Spitäler müssen sich für einen Listenplatz bewerben, damit sie weiterhin in der Grundversorgung mit dem Kanton abrechnen können. [↔ Spitalplanung 2023](#)

→ Submissionen Spitexleistungen

Im Kanton Zürich sind bisher keine Beispiele für Submissionen an Spitex-Organisationen oder Pflegeheimen bekannt. Vor einer (freihändigen) Vergabe von Leistungsaufträgen für Pflegeleistungen etc. muss eine Gemeinde überprüfen, ob die entsprechenden Bedingungen erfüllt werden. [Vgl. GeKoZH Themenpapier Submission](#).

➔ Über- bzw. Fehlversorgung

Die Überversorgung, die weder durch demografische noch sozioökonomische Faktoren erklärt werden kann, hängt mit der angebotsinduzierten Nachfrage zusammen. Sie bringt den PatientInnen keinen Nutzen und ist kostentreibend. Hinweise auf eine Über- oder Fehlversorgung geben regionale Unterschiede, z.B. im [Versorgungsatlas](#) für stationäre Akutversorgung. Im Kanton Zürich ist die Gesundheitsdirektion für die Spitalplanung und sind die Zürcher Gemeinden für die Pflegeversorgungsplanung zuständig.

➔ Umwelt und Gesundheit

Verschiedene Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung, Lärm, Hitze beeinträchtigen die Gesundheit. Gleichzeitig kann sich eine intakte Umwelt und reichhaltige Natur positiv auf die Gesundheit auswirken. Benachteiligte Menschen sind häufiger von schädlichen Umwelteinflüssen betroffen.

➔ Zulassungsbeschränkung Praxisneueröffnungen

Um eine Überversorgung zu vermeiden und die angebotsinduzierte Nachfrage zu reduzieren, wird die Anzahl der Praxisneueröffnungen kontrolliert. Ab 2022 gilt im Kanton Zürich eine Zulassungsbeschränkung mit Höchstzahlen pro Fachgebiet und Versorgungsregion.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitskonferenz Kanton Zürich (GeKoZH)

Verantwortlich

Claudia Farley, Geschäftsführerin GeKoZH

Fachpersonen Zürcher Gemeinden

Michael Frei (Urdorf), Raphael Gubser (Bülach), Jürg Hellrigl (Zürich), Judith Hartmann (Illnau-Effretikon), Sereina Richner (Zürich), Rahel Würmli (Wetzikon)

In Zusammenarbeit mit

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Kapitel 2 und Kapitel 3), Curaviva ZH (Kapitel 3), Spitex ZH (Kapitel 3), Verein Zürcher Krankenhäuser (Kapitel 2), Gesundheitsförderung und Prävention Kanton Zürich (Kapitel 2)

Layout und Redaktion

Fabia Poli (GeKoZH), Vogt Text, Kloten

Illustrationen

Atelier Neukom, Kloten

Bezugsquelle

[Publikationen \(geko-zh.ch\)](https://www.geko-zh.ch)

Version/Datum

Version 1.0 vom 15.08.2022
